



Distrito Escoteiro de São Bernardo do Campo – Região São Paulo
FICHA DE INSCRIÇÃO DE ATIVIDADE INDIVIDUAL

☐ Lobo(a) ☐ Escoteiro(a) ☐ Sênior / Guia ☐ Pioneiro(a) ☐ Escotista ☐ STAFF / APOIO



NOME COMPLETO		DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO COMPLETO (RUA, N.º, CEP, CIDADE, ESTADO)		
PESSOA A SER CONTATADA, EM CASO DE NECESSIDADE		TELEFONES DE CONTATO (CÓDIGO + NÚMERO)
PLANO DE SAÚDE ASSOCIADO E N.º DA CARTEIRA		
NUMERAL E NOME DO GRUPO ESCOTEIRO	CIDADE	ESTADO

DOENÇAS QUE JÁ TEVE - MARQUE COM UM "X"

APENDICITE	PROBLEMA CARDÍACO	CAXUMBA	OUTROS
CATAPORA	PROBLEMA RENAL	FEBRE REUMÁTICA	
HÉRNIA	SARAMPO	ESCARLATINA	

SE ESTÁ SUJEITO A ALGUMA DAS SEGUINTEs, MARQUE COM UM "X"

INCONTINÊNCIA URINÁRIA	CÓLICAS	DOR DE DENTE
DIABETE	ASMA	ERUPÇÕES CUTÂNEAS
DESMAIOS	BRONQUITE	SONAMBULISMO
NECESSITA INJEÇÕES	DOR DE CABEÇA	CONVULSÕES
NECESSITA SORO REFRIGERADO	CORISA	OUTROS

SE POSSUI LIMITAÇÕES E/OU INCAPACIDADES, RELACIONAL ABAIXO

GRUPO SANGÜÍNEO	DATA DO ÚLTIMO EXAME MÉDICO	DATA DA ÚLTIMA VACINA ANTITETÂNICA
TEM ALERGIA A ALGUM MEDICAMENTO?	QUAL?	
TEM REAÇÃO ALÉRGICA À INSETO?	QUAL?	
NOME E ENDEREÇO PARA CONTATAR O SEU MÉDICO:		TELEFONE

AUTORIZAÇÃO :: Atividade

Autorizo o menor registrado nesta ficha, pelo qual sou responsável, a participar do _____, promovido pelo Distrito Escoteiro de São Bernardo do Campo - Região de São Paulo, a realizar-se entre os dias _____ e _____ de _____, na Cidade de _____, incluindo viagens e deslocamentos, participação nas atividades e permissão para que o mesmo seja submetido a tratamento médico e intervenção cirúrgica, se necessário.

NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL LEGAL		TELEFONE	CELULAR
TIPO E NÚMERO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE	EXPEDIDO EM:	POR:	
LOCAL E DATA		ASSINATURA	

NO CASO DE MEMBRO JUVENIL ESTA FICHA DEVERÁ SER PREENCHIDA E ASSINADA PELO PAI OU RESPONSÁVEL LEGAL. NO CASO DE ADULTO, O PRÓPRIO DEVERÁ ASSINAR.

Nome e Assinatura do Chefe de Seção

Nome e Assinatura do Chefe de Grupo