

**UNIÃO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL- REGIÃO DO PARANÁ
GRUPO ESCOTEIRO SANTOS DUMONT- 20 PR
FICHA PARA INSCRIÇÃO E DE REGISTRO PARA 2017**

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

FOI INDICADO POR ALGUÉM? NÃO () SIM ()

Nome de quem indicou _____

NOME DO INSCRITO			
SEXO : MASCULINO () FEMININO ()	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	CIDADE DE NASCIMENTO	ESTADO
ESTADO CIVIL	IDENTIDADE – (RG)	CPF (OBRIGATÓRIO DO JOVEM OU DO RESPONSÁVEL)	
ENDEREÇO		NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO		CIDADE	ESTADO CEP
TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE COMERCIAL	TELEFONE CELULAR	TELEFONE CELULAR
E-MAIL			
PROFISSÃO		ESCOLARIDADE	

<p>REGISTRADO EM 2017 COMO</p> <p>() LOBINHO(A)- ALCATEIA BAGHEERA () LOBINHO(A)- ALCATEIA BALOO () ESCOTEIRO(A) – TROPA TITAN () ESCOTEIRO(A) – TROPA SENTA PUA () SÊNIOR/ GUIA – TROPA PICO PARANÁ () PIONEIRO(A) – CLÃ SANTOS DUMONT(*)</p>	<p>Todos devem apresentar carteira de identidade ou certidão de nascimento.</p> <p>(*) Para Pioneiro(a) deverá fazer e apresentar comprovante do CURSO DE PROTEÇÃO INFANTO JUVENIL (EAD)</p>
--	--

DADOS DOS PAIS E OU RESPONSÁVEIS PARA INSCRIÇÃO DE MENORES DE 21 ANOS

NOME		RESPONSABILIDADE PAI () MÃE () OUTRO () DEFINIR	
CIDADE DE NASCIMENTO	ESTADO	Nº IDENTIDADE	CPF
CPF (OBRIGATÓRIO)			
ENDEREÇO		NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO		CIDADE	ESTADO CEP
TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE COMERCIAL	TELEFONE CELULAR	TELEFONE CELULAR
E-MAIL			
PROFISSÃO		ESCOLARIDADE	

FAVOR LER E ASSINAR CONCORDANDO COM AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO VERSO DESTA FICHA.

AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM

Como Responsável pela inscrição do (a) jovem mencionado (a) neste documento, autorizo a União dos Escoteiros do Brasil (UEB) em todos os seus níveis, sociedade civil sem fins lucrativos, declarada de Utilidade Pública Federal, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.788.431/000113, com sede na Rua Coronel Dulcídio, bairro Água Verde, Curitiba PR, CEP 80.250100, a utilizar-se das imagens e voz minha, ou daquele que represento ou assisto, para a edição de filmes e fotos, outorgando-lhe todos os direitos de imagem relacionados, para qualquer tipo de divulgação, publicidade e veiculação em todos e quaisquer meio de comunicação, a exclusivo critério da União dos Escoteiros do Brasil, que poderá, ainda, reproduzir, editar, introduzir no mercado, armazenar, distribuir, executar, transmitir, criar trabalhos derivados e baseados nas imagens e informações disponibilizadas, para finalidade editorial, comercial, promocional, educacional, institucional, publicitária e todas as outras formas que venham a ser passíveis de utilização.

Os associados beneficiários e contribuintes declaram que conhecem e concordam em cumprir a regulamentação interna da União dos Escoteiros do Brasil. Declaro que as informações acima foram por mim prestadas e são de minha inteira e total responsabilidade, especialmente o conteúdo e especificações descritos na ficha médica.

Declaro ainda que tenho ciência de que meus dados de posse da União dos Escoteiros do Brasil poderão ser acessados pela empresa prestadora de serviços, responsável pela manutenção e melhorias do sistema de informações - SIGUE. A empresa, porém, não está autorizada a modificar minhas informações sem autorização prévia, e nem utilizá-las de qualquer forma além do estritamente necessário para a manutenção e melhorias do próprio SIGUE.

Também estou ciente do compromisso de efetuar o pagamento da mensalidade (taxa de família) definida pelo Grupo escoteiro, bem como em reembolsar o Grupo escoteiro por eventuais danos materiais ou financeiros causados pelo (a) jovem inscrito sob minha responsabilidade.

Declaro haver lido as informações acima e concordo com as mesmas

Curitiba _____ de _____ de 2017

Assinatura do responsável

Para uso do Grupo Escoteiro

Diretoria Financeira

Responsável pelo cadastro no Sigue



20/PR - SANTOS DUMONT

FICHA MÉDICA

Nome: _____ Registro: _____

Sexo: _____ Data de nasc.: _____

Altura: _____ Peso: _____ Tipo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

UTILIZA OS SEGUINTE EQUIPAMENTOS DE AUXÍLIO () Não () Sim

() Óculos () Lentes de contato () Aparelhos dentários () Sondas () Marcapasso () Aparelhos de audição

() Outros Cite: _____

DOENÇAS JÁ OCORRIDAS OU EM TRATAMENTO () Não () Sim() Asma () Bronquite () Catapora () Caxumba () Convulsões () Desmaios () Dengue () Diabetes
() Epilepsia () Hemofilia () Hemorragias () Hepatite () Rubéola () Sarampo () Sinusite

Em tratamento: _____

Informações: _____

MEDICAMENTOS EM USO (CONTÍNUO OU NÃO) () Não () Sim

*** Se necessário, listar medicamentos no verso ***

Permite administrar medicamentos por profissionais em saúde que atuam no Grupo? _____

() Sim () Não

Informações: _____

EMERGÊNCIAS MÉDICAS

() Aguardar acompanhamento dos Pais/Responsáveis () Aceita decisões médicas

Avisar em Emergências () Pais () Outro: _____

Telefone: _____

Plano de saúde: () Não/SUS () Sim Cite: _____

Nº Carteirainha: _____

Médico de Preferência: _____

Telefone(s): _____

ALERGIAS () Não () Sim

() Picada de inseto Cite: _____

() Medicamentos Cite: _____

() Plantas Cite: _____

() Alimentos Cite: _____

() Outro Cite: _____

INFORMAÇÕES GERAIS

Possui impedimento físico? () Não () Sim Cite: _____

Restrições a alimentos? () Não () Sim Cite: _____

Problemas cardíacos? () Não () Sim Cite: _____

Sabe nadar? () Não () Sim

É sonâmbulo? () Não () Sim

DISTÚRBIOS PSICOLÓGICOS

Apresenta Distúrbio de Comportamento? _____

Exemplo: Conduta, Hiperatividade por déficit de atenção, oposição desafiante, etc.

() Não () Sim Cite: _____

Apresenta Distúrbio Alimentar? _____

Exemplo: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, etc.

() Não () Sim Cite: _____

Apresenta Distúrbio de Ansiedade Fóbica? _____

Exemplo: Distúrbio de pânico, Agorafobia (lugares fechados ou aberto), Fobia Social, etc.

() Não () Sim Cite: _____

DEFICIÊNCIAS () Não () Sim

() Física Cite: _____

() Visual Cite: _____

() Auditiva Cite: _____

() Intelectual Cite: _____

Data da última atualização: _____

Assinatura do Pai/Responsável: _____