

**UNIÃO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL
REGIÃO DO PARANÁ
GRUPO ESCOTEIRO SANTOS DUMONT- 20 PR
FICHA PARA INSCRIÇÃO E DE REGISTRO PARA 2018
ADULTOS (MAIOR DE 21 ANOS)**

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

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

REGISTRADO EM 2018 COMO (---) DIRETOR PRESIDENTE () DIRETOR – Qual? _____ () COMISSÃO FISCAL () CHEFE DE SEÇÃO – Qual? _____ () ASSISTENTE – qual seção? _____ () CLUBE DA FLOR DE LIS
--

DOCUMENTOS EXIGIDOS

Certidão negativa de antecedentes criminais emitida pela Secretaria ou Cartório distribuidor de feitos da comarca onde possui domicílio.	
Ficha de antecedentes criminais emitida pela Polícia Civil do Estado onde se encontra inscrito no registro geral (RG).	
Certidão negativa de antecedentes criminais emitida pela Justiça Federal da região de seu domicílio.	
Cópia do documento oficial de identificação com foto e CPF.	
Curso de Proteção Infante-juvenil. –EAD -	

AUTORIZO O GRUPO O USO DE IMAGENS EM MATERIAL DE DIVULGAÇÃO DO MOVIMENTO ESCOTEIRO. TAMBÉM ESTOU CIENTE QUE SOU RESPONSÁVEL POR REEMBOLSAR O GRUPO ESCOTEIRO POR EVENTUAIS DANOS MATERIAIS OU FINANCEIROS QUE EVENTUALMENTE VENHA A CAUSAR.

CURITIBA, _____ DE _____ DE 2018

Assinatura



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 Carteirinha: _____

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: _____

MODELO

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE E AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A CERTIDÕES

Eu, _____
Nome completo

nascido em ____/____/____, em _____
Data de nascimento Local de nascimento

CPF _____ e RG _____
Número do CPF Número do RG

declaro que sou pessoa idônea, sem antecedentes criminais e sem qualquer impedimento legal para exercer a função como escotista ou dirigente no âmbito da União dos Escoteiros do Brasil), e que isso pode ser comprovado através de certificados, atestados e documentos afins, ficando a União dos Escoteiros do Brasil autorizada a buscar informações complementares sobre minha pessoa. Declaro, ainda, que caso se comprove que esta informação é inverídica, autorizo a União dos Escoteiros do Brasil a me excluir automaticamente do seu quadro de associados.

_____, ____ de _____ de _____
Local Data

Assinatura com firma reconhecida