

Colégio: _____

Ano do Aluno: _____

Data da Temporada: ____/____ a ____/____ de ____ de 20__

DADOS DO ACAMPANTE

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
 RG ou Cert. Nascimento: _____ Sexo: Fem. Masc.
 Endereço: _____ nº _____ complemento _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP _____ - _____
 Telefone Residencial: (____) _____ Instagram do Aluno: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome do Responsável: _____ Grau de Parentesco: _____
 Tel. Comercial: (____) _____ Celular: (____) _____ CPF: _____
 E-mail: _____ Instagram: _____

DECLARAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

Peso: _____ Altura: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Data da última vacina antitetânica: ____/____/____

| | Sim | Não | Comentários: |
|--|-----|-----|--------------|
| Tem ou teve alguma doença grave? | | | |
| Tem ou teve asma ou bronquite? | | | |
| Tem ou teve convulsões? | | | |
| Tem ou teve problemas cardíacos? | | | |
| Sofre de enurese? | | | |
| Tem diabetes? | | | |
| É portador de necessidades especiais? | | | |
| Já fez alguma cirurgia? Quando? | | | |
| Tem ou teve algum tipo de alergia? | | | |
| Tem alergia a algum medicamento? | | | |
| Tem alguma restrição alimentar? | | | |
| Faz acompanhamento psicológico? | | | |
| Faz tratamento com homeopatia? | | | |
| Está sob orientação médica ou tomando medicamento? | | | |
| Tomou vacina contra o Vírus Influenza? | | | |
| Tomou vacina contra a COVID-19? | | | |

| Sintoma | Medicamento | Procedimento |
|-------------------|-------------|--------------|
| Febre | | |
| Enjôos / Vômitos | | |
| Dor de Cabeça | | |
| Dor de Garganta | | |
| Dor de Ouvido | | |
| Tontura | | |
| Cólica | | |
| Resfriado / Gripe | | |

DECLARAÇÃO. CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DE VIAGEM (favor assinalar os itens abaixo)

- Declaro verdadeiras as informações por mim prestadas nestes documentos, não omitindo nenhum dado de importância ou que possa comprometer o atendimento e a segurança do Acampante.
- O Acampamento Paiol Grande fica autorizado a cobrar justa indenização por qualquer dano causado em suas instalações ou a terceiros. As indenizações deverão ser pagas por mim ao Acampamento Paiol Grande, no prazo de 15 (quinze) dias após o término da temporada.
- Estou ciente da natureza das atividades que o Acampamento Paiol Grande oferece, e autorizo o Acampamento a providenciar atendimento médico necessário ao acampante.
- Autorizo o Acampamento Paiol Grande a registrar e disponibilizar a imagem do acampante – em foto e vídeo – via drive a ser compartilhado com os responsáveis e, eventualmente, divulgar o nome, idade, imagem e voz do Acampante no site, redes sociais e demais materiais promocionais do acampamento, o que se dará exclusivamente para o fim de promover temporadas. E, por estar ciente e concordar com as instruções e informações prestadas pelo Paiol Grande, firmo abaixo.

Eu _____ portador do CPF _____ autorizo o(a) menor _____ a viajar para o Acampamento Paiol Grande no transporte fretado pela escola / agência parceira, no período de _____ a _____ de _____ de 20__.