



## FICHA DE SAÚDE

Prezado Responsável por Candidato menor de idade, ou Candidato maior de 18 anos, para o Processo de Inscrição no 41º RJ Grupo Escoteiro Redentor, **solicitamos preencher com os dados de saúde do candidato.**

**O Responsável ou Candidato maior de 18 anos deverá datar e assinar no verso deste formulário.**

Nome Completo:			Menor de 18 anos ( )
Altura:	Peso:	Tipo Sanguíneo:	Fator RH:

### EQUIPAMENTO(S) DE AUXÍLIO (marque com um X, se for o caso)

Óculos: ( )	Lente de contato: ( )	Aparelho Dentário: ( )	Sondas: ( )	Marcapasso: ( )
Aparelho de audição: ( )	Se <b>Outros</b> , cite:			

### DOENÇAS JÁ OCORRIDAS OU EM TRATAMENTO (marque com um X, se for o caso)

Anemia ( )	Apendicite ( )	Asma ( )	Bronquite ( )	Catapora ( )
Caxumba ( )	Cólicas ( )	Convulsões ( )	Dengue ( )	Desmaios ( )
Diabetes ( )	Enxaquecas ( )	Epilepsia ( )	Escarlatina ( )	Febre Reumática ( )
Febre Tifóide ( )	Hemofilia ( )	Hemorragias ( )	Hepatite ( )	Hérnia ( )
Hipertensão ( )	Labirintite ( )	Pneumonia ( )	Problemas na Coluna ( )	Problemas Renais ( )
Rinite ( )	Rubéola ( )	Sarampo ( )	Sinusite ( )	Tuberculose ( )
Outros ( )	Em caso de <b>Outros</b> , especifique:			

### MEDICAÇÃO HABITUALMENTE UTILIZADA, EM CASO DE: (Indique se for o caso)

Cólicas:	Diarreia:
Dor de cabeça:	Dor de dente:
Dor de estômago:	Dor de garganta:
Dor de ouvido:	Enjoo:
Febre:	Vômitos:
Resfriados:	Outros:

### ALGUM DISTÚRBO PSICOLÓGICO? (marque com um X, se for o caso)

De comportamento?	( ) Não	( ) Sim	Especifique:
De origem alimentar?	( ) Não	( ) Sim	Especifique:
De ansiedade ou fobias?	( ) Não	( ) Sim	Especifique:

**EMERGÊNCIA MÉDICA**

<input type="checkbox"/> Aguardar acompanhamento dos responsáveis	<input type="checkbox"/> Aceita decisões médicas
-------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

**Em caso de emergência, devemos avisar a:**

1.	Parentesco:	Tel.: ( )
----	-------------	-----------

2.	Parentesco:	Tel.: ( )
----	-------------	-----------

3.	Parentesco:	Tel.: ( )
----	-------------	-----------

Informe Plano de Saúde (Se for o caso):

Nº da Carteira de Atendimento:

Nº de Associado:	Tel. de atendimento: ( )
------------------	--------------------------

Principais Hospitais conveniados:

Nome do(a) médico(a):

Telefone do(a) médico(a):

**INFORMAÇÕES GERAIS (marque com um X, se for o caso)**Alergias?  Não  Sim  insetos  medicamentos  plantas  alimentos  outras

Especifique a alergia:

Impedimento físico?  Não  Sim Especifique:Restrição alimentar?  Não  Sim Especifique:Problema cardíaco?  Não  Sim Especifique:Sabe nadar?  Não  Sim Alguma limitação?  Não  Sim. Se **SIM**, marque abaixoSonâmbulo?  Não  Sim Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( )Faz tratamento contínuo? Se **SIM**, por favor especifique abaixo o tratamento, medicamentos e dosagens:**EXISTEM OUTRAS QUESTÕES QUE DEVERÍAMOS SABER, E NÃO FORAM COMENTADAS ANTES?****ASSINATURA DO RESPONSÁVEL OU DO CANDIDATO MAIOR DE 18 ANOS**

Declaro que o(a) candidato(a) está em dia com a vacinação obrigatória e que não existem outras restrições para a prática das atividades escoteiras. Estou ciente de que nas atividades fora da sede poderão ser solicitadas mais informações sobre a saúde do candidato em questão, e da necessidade de prestar a informação mais atualizada possível. Declaro que as informações prestadas neste documento expressam a verdadeira situação de saúde do candidato, isentando o 41º RJ/Grupo Escoteiro Redentor das responsabilidades decorrentes da eventual omissão de informações.

Nome de quem preencheu a **Ficha de Saúde**:

Rio de Janeiro, / / 2023	Assinatura:
--------------------------	-------------