



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 Outros , 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 Outros , 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 DISTÚRBITO 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

() Aguardar acompanhamento dos responsáveis () 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):

N° da Carteira de Atendimento:

N° 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 abaixo

Sonâmbulo? () 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 41° RJ/Grupo Escoteiro Redentor das responsabilidades decorrentes da eventual omissão de informações.

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

Rio de Janeiro, / / 2024 Assinatura: