



# DESBRAVADORES REGIÃO TUPI – ASES

## Ficha de Inscrição – Menor de 18 anos



**Clube** \_\_\_\_\_

Este documento deve ser atualizado a cada 90 dias. Caso haja alteração nas informações, atualizar imediatamente. Todos os campos devem ser preenchidos. Não pode conter rasuras.

### Pessoais

#### Desbravador:

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Endereço Completo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Certidão de Nascimento nº \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Idade Atual: \_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Tamanho de camisa: \_\_\_\_\_ Tamanho de calça: \_\_\_\_\_

#### Filiação – Pai:

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Endereço Completo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

#### Filiação – Mãe:

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Endereço Completo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

#### Responsável Jurídico – Caso não tenha Pai ou Mãe:

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Endereço Completo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

## Saúde

Plano de Saúde: \_\_\_\_\_ Cartão SUS nº \_\_\_\_\_

**Cartão de Vacinas:** anexar uma cópia atualizada a esta ficha.

Grupo Sanguíneo: ( ) A ( ) B ( ) AB ( ) O Fator RH: ( ) Positivo ( ) Negativo Peso atual: \_\_\_\_ kg

**Doenças e afins:** Já teve ou tem? ( ) Apnéia do Sono ( ) Cardiopatia ( ) Catapora ( ) Caxumba

( ) Chikungunya ( ) Cólera ( ) Coqueluche ( ) Dengue ( ) Desmaios ( ) Difteria ( ) Epilepsia

( ) Febre Amarela ( ) H1N1 ( ) Hepatite ( ) Hipertensão ( ) Malária ( ) Meningite ( ) Pneumonia

( ) Rubéola ( ) Sarampo ( ) Sonambulismo ( ) Tétano ( ) Varíola ( ) Zika

( ) Outras doenças ou problemas de saúde? Quais? \_\_\_\_\_

( ) Outros problemas cardíacos? Quais? Que remédios usa? \_\_\_\_\_

( ) É diabético? Que remédios usa? \_\_\_\_\_

( ) Problemas renais? Que remédios usa? \_\_\_\_\_

( ) Problemas psicológicos? Quais? Que remédios usa? \_\_\_\_\_

( ) Usa outros medicamentos? Quais? \_\_\_\_\_

( ) Problemas de saúde recente? Quais? \_\_\_\_\_

( ) Medicamentos utilizados recentemente? \_\_\_\_\_

**Alergias:** Tem? ( ) Asma ( ) Bronquite ( ) Rinite ( ) Alergia a insetos ( ) Alergia na pele

( ) Alergia a medicamentos. Quais? \_\_\_\_\_

( ) Alergia alimentar. Quais? \_\_\_\_\_

( ) Outras. Quais? \_\_\_\_\_

( ) Utiliza remédios para as alergias acima? Quais? \_\_\_\_\_

**Fobias:** ( ) Aerofobia ( ) Claustrofobia ( ) Hidrofobia ( ) Outras. Quais? \_\_\_\_\_

**Deficiências:** ( ) Física (cadeirante) ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Na fala ( ) Outra? \_\_\_\_\_

( ) Algum tipo de ferimento grave recente? Qual? \_\_\_\_\_

( ) Algum tipo de fratura recente? Tempo imobilizado? \_\_\_\_\_ Já fez transfusão de sangue? \_\_\_\_\_

( ) Passou por cirurgias? Motivo de internação nos últimos 5 anos? \_\_\_\_\_

( ) Uso Regular de Medicação? Qual? \_\_\_\_\_

Em caso de acidentes avisar: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

## Consentimentos

“Reconhecendo como fiéis e verdadeiros os dados expressos nesta ficha, AUTORIZO a participação do menor supra citado nas atividades deste Clube de Desbravadores, isentando de qualquer responsabilidade os integrantes e diretores do mesmo quanto a qualquer incidente, acidente, caso fortuito ou força maior, que possa implicar em danos físicos ou prejuízos materiais em decorrência das atividades neste Clube, excetuando os casos de negligência. AUTORIZO o uso de imagem e voz do menor supra citado, em fotos e vídeos feitos durante as atividades do Clube, nas seguintes condições: SEM FINS LUCRATIVOS OU DIFAMATÓRIOS. Esta autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso de imagem e voz do menor supra citado em mídia impressa (folder, informativos internos e/ou semelhantes) ou eletrônica (site, blog ou redes sociais), limitada ao Clube de Desbravadores, sendo vedada a utilização desses materiais por terceiros. A publicação dessas imagens visa a divulgação das atividades e trabalhos que o Clube realiza enquanto instituição social, sem fins lucrativos, permanecendo resguardadas todas as limitações legais e jurídicas, conforme a regulamentação vigente neste país.”

Vila Velha, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Pai, Mãe ou Responsável Jurídico

### Escolaridade

Grau de Instrução:  Ensino Fundamental  Ensino Médio  Ensino Superior

Ano: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_ Turno:  Matutino  Vespertino  Noturno

Nome da Escola: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Estuda atualmente? \_\_\_\_\_ Trabalha atualmente? \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

### Denominacionais

Religião:  Cristã  Outra. Qual? \_\_\_\_\_

Denominação:  Adventista do Sétimo Dia  Outra. Qual? \_\_\_\_\_

Batizado(a)? \_\_\_\_\_ Data de Batismo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Igreja onde é Membro: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

### Histórico no Clube

Classes alcançadas:  Abelhinhas Laboriosas  Luminares  Edificadores  Mãos Ajudadoras

Amigo  Amigo da Natureza

Companheiro  Companheiro de Excursionismo

Pesquisador  Pesquisador de Campo e Bosque

Pioneiro  Pioneiro de Novas Fronteiras

Excursionista  Excursionista na Mata

Guia  Guia de Exploração

Classes Agrupadas

Classe em desenvolvimento: \_\_\_\_\_

Especialidades conquistadas: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---

Especialidades em desenvolvimento: \_\_\_\_\_

---



---



---



---

Tempo no Clube: \_\_\_\_\_

**Observações:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---