



# FICHA DE INSCRIÇÃO

ESCOLA \*: \_\_\_\_\_ SÉRIE/PERÍODO \*: \_\_\_\_\_

NOME DO ALUNO \*: \_\_\_\_\_

CPF\*: \_\_\_\_\_ IDENTIDADE \*: \_\_\_\_\_ CERT. DE NASCIMENTO. \*: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO \*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE \*: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ NATURALIDADE \*: \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE \*: \_\_\_\_\_

TELEFONES: RESIDENCIAL \*: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \*: \_\_\_\_\_

BAIRRO \*: \_\_\_\_\_ CEP \*: \_\_\_\_\_ CIDADE \*: \_\_\_\_\_

PAI \*: \_\_\_\_\_ CPF \*: \_\_\_\_\_

TELEFONES: RESIDENCIAL \*: \_\_\_\_\_ CELULAR \*: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

MÃE \*: \_\_\_\_\_ CPF \*: \_\_\_\_\_

TELEFONES: RESIDENCIAL \*: \_\_\_\_\_ CELULAR \*: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO E TELEFONE RESIDENCIAL DO PAI OU DA MÃE, CASO SEJA DIFERENTE DO FILHO(A):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NA AUSÊNCIA DOS PAIS CONTACTAR:

CONTATO 1\*: \_\_\_\_\_ TELEFONE \*: \_\_\_\_\_

CONTATO 2\*: \_\_\_\_\_ TELEFONE \*: \_\_\_\_\_

ALGUM IRMÃO PARTICIPARÁ DO ACAMPAMENTO: ( ) SIM ( ) NÃO

NOME E IDADE: \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO:** autorizo o Aluno acima referido a participar de todas as Atividades existentes no Acampamento Educativo Vila Boa Vista, situado na Fazenda Boa Vista, Três Pontas,

MG, no período de \_\_\_\_\_, e também, em caso de emergência médica, autorizo o atendimento que se fizer necessário. Autorizo a utilizar fotos e imagens, do Aluno acima referido, somente para uso em material de divulgação do Acampamento, que será feito a qualquer tempo e sem qualquer ônus e sem qualquer outra autorização prévia.

**SEGURO:** para efetivação do seguro durante as atividades no Acampamento Educativo Vila Boa Vista, é obrigatório e indispensável o preenchimento dos campos indicados com ( \* ), principalmente o nº do CPF do Aluno, se este não o possuir, colocar o nº do CPF de seu responsável. Caso não conste na Ficha de Inscrição do Aluno acima descrito estas informações, o seguro não poderá ser efetivado.

**VIAGEM:** por exigência do DER, a empresa de transporte necessita em até 72 horas antes do embarque do nº da Carteira de Identidade ou o nº da Certidão de Nascimento (Livro, Termo, Folha) do Aluno. Estes números de documentos são indispensáveis para a empresa de transporte emitir a licença para a viagem do Aluno acima referido.

**AUTORIZAÇÃO DE VIAGEM PARA MENORES DE 12 ANOS:** pode ser emitida pelos pais ou responsáveis desde que, seja feita inteira de próprio punho conforme modelo da Autorização de Viagem no site [www.vilaboavista.com.br](http://www.vilaboavista.com.br) ou procurar o Juizado de Menores de sua cidade para emití-la.

**OBJETOS DE VALOR:** o Acampamento Educativo Vila Boa Vista, não se responsabiliza por quaisquer objetos de valor, pertences pessoais, celulares, máquinas fotográficas, filmadoras e outros que sejam levados pelo aluno, desobrigando-se de qualquer tipo de reembolso em caso de perda ou extravio.

Ciente e de acordo.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome legível do pai, mãe ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai, mãe ou responsável



# FICHA DE SAÚDE

NOME \*: \_\_\_\_\_ PESO \*: \_\_\_\_\_

MÉDICO \*: \_\_\_\_\_ TELEFONE \*: \_\_\_\_\_

Possui Seguro Saúde? Qual Seguro?

( ) SIM ( ) NÃO

Apresenta algum tipo de alergia grave? Indique-os (Alimentos, picadas, medicamentos, etc.):

( ) SIM ( ) NÃO

**Obs.: se possuir favor trazer o Cartão do seu seguro de saúde.**

Há restrições a alguma atividade física? Qual?

( ) SIM ( ) NÃO

E qual medicação e dosagens a serem tomados nesse(s) caso(s)?

Sabe nadar?

( ) SIM ( ) NÃO

Qual a medicação e dosagem caso apresente:

Assinale se o acampante já teve alguma dessas doenças:

( ) Catapora ( ) Hepatite  
( ) Caxumba ( ) Sarampo  
( ) Coqueluche ( ) Escarlatina  
( ) Meningite

Febre: \_\_\_\_\_

Dor de cabeça: \_\_\_\_\_

Dor de ouvido: \_\_\_\_\_

Dor de garganta: \_\_\_\_\_

Assinale se o acampante costuma ter distúrbios de:

( ) Amidalite ( ) Diabetes  
( ) Coração ( ) Hipoglicemia  
( ) Convulsão ( ) Reumatismo  
( ) Pulmão

Diarréia: \_\_\_\_\_

Enjôo: \_\_\_\_\_

Já desmaiou ou perdeu a consciência alguma vez? Qual motivo?

( ) SIM ( ) NÃO

Bronquite: \_\_\_\_\_

Resfriado: \_\_\_\_\_

Possui algum problema respiratório? Qual problema?

( ) SIM ( ) NÃO

Vacina antitetânica está em dia?

( ) SIM ( ) NÃO

Está tomando algum medicamento (alopático ou homeopático)? Qual?

( ) SIM ( ) NÃO

Apresenta dores de cabeça regularmente? Qual motivo?

( ) SIM ( ) NÃO

Apresenta alguma dificuldade relacionada ao sono? Qual?

( ) SIM ( ) NÃO

**Caso o acampante esteja levando algum medicamento, de uso diário ou eventual, favor entregá-los ao monitor responsável pelo embarque devidamente identificado(s), com nome, dosagem e horários indicados também na embalagem do remédio.**

Observações do responsável: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome legível do pai, mãe ou responsável

Assinatura do pai, mãe ou responsável