

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

Eu \_\_\_\_\_, autorizo

\_\_\_\_\_ a participar do **3º Acampamento Jovem** da Capelania Evangélica PMDF - **Avançando para o próximo nível**, a realizar-se nos dias **18, 19 e 20 de julho/2025**, chácara Hotel Fazenda e Acampamento Igreja de Deus Pípiripau Brasília - DF, tendo transporte que ficará na igreja, com saída e retorno prevista, Saída: 18/07 às 19h, Retorno/chegada: 20/07 às 18:00h.

**REGULAMENTO**

1 - A equipe de apoio não se responsabiliza por objetos pessoais.

2 - Atitudes intoleráveis: Uso de bebidas alcoólicas / fumo / drogas e armas (brancas e armas de fogo).

3 - Atitudes desencorajadas: Se isolar, namorar, entrar nos quartos reservados ao sexo oposto, trajes de banho/outras indecentes, brincadeiras com pasta de dentes/ bombinhas/ rojões, desrespeito à programação (inclusive cultos) e aos/as monitores/as. Essas atitudes farão com que o indivíduo seja repreendido e, dependendo da gravidade da infração, sua participação seja interrompida, devendo ser encaminhado para casa o mais breve, sem direito à devolução do pagamento.

4 - Proibido o uso de vestimentas inadequadas, roupas decotadas ou curtas.

**FICHA MÉDICA DO PARTICIPANTE (FAVOR PREENCHER TODOS OS**

CAMPOS): 1- Tem restrições em dormir na cama superior de beliches? ( ) Não ( ) Sim

2- Está sob orientação médica? ( ) Não ( ) Sim (Levar remédio)

3- Em caso de precisão, qual o analgésico deve tomar? \_\_\_\_\_

4- Doenças já ocorridas ou em tratamento? ( ) Não ( ) Sim

( ) Asma ( ) Bronquite ( ) Desmaios ( ) Diabetes ( ) Epilepsia ( ) Sinusite ( ) Hipertensão

Outros: \_\_\_\_\_

Medicamentos em uso? ( ) Não ( ) Sim

Cite: \_\_\_\_\_

5- Emergências Médicas: Plano de Saúde :( ) Não/SUS ( ) Sim

( ) Aguardar acompanhamento dos Pais/Responsáveis ( ) Encaminhar a Unidade de saúde

6- Alergias: ( ) Não ( ) Sim

Cite: \_\_\_\_\_

7- Outras informações que julgar necessárias?

Telefone para emergência: 1:( ) \_\_\_\_\_ 2:( ) \_\_\_\_\_

**Li e concordo com as regras** do Acampamento Jovem - Capelania Evangélica da PMDF:

\_\_\_\_\_  
De acordo (assinatura dos pais ou responsável)