

AUTORIZAÇÃO PARA SAÍDA DE DESBRAVADORES

CLUBE DE DESBRAVADORES					
RESPONSÁVEL PELO CLUBE :					
RG.			CPF		
Eu,	(nome do pai, mãe, ou responsável legal)			Brasileiro(a),	Portador do RG Nº
Profissão			Residente na rua		
Número	Complemento	CEP	Cidade		
Bairro		UF	Fone p/ contato c/ DDD	(Em caso de emergência avisar, colocar fone)	
Autorizo meu filho(a) ou dependente legal,			(Nome do dependente legal)		
Data de nascimento		Nome e número do documento de identificação		A PARTICIPAR DO	
Descrição do evento					
Que realizar-se-á		No período de		Até	
Na Cidade de		Tendo o mesmo que se deslocar		De	
Para (nome da cidade de destino com UF)		Bem como o seu respectivo retorno, nomeio neste período como responsável			

pele meu dependente acima descrito, o responsável pelo Clube de Desbravadores conforme identificado acima.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE			
É alérgico(inclusive alimentação)	() NÃO	() SIM	Se sim, informe a que?
É diabético?	() NÃO	() SIM	Se sim, qual medicamento utiliza para controle?
Sobre de alguma Doença Crônica?	() NÃO	() SIM	Se sim, identifique ou descreva qual? () BRONQUITE () ASMA () CORAÇÃO () ANEURISMA () EPLIPSIA () OUTRA QUAL? _____
Utiliza algum medicamento de uso contínuo ou temporário?	() NÃO	() SIM	Se sim, qual(is)?
Qual a periodicidade dele?	(Ele deverá levar o referido medicamento juntamente com a prescrição do médico assistente)		
Se existir alguma particularidade que não perguntamos sobre seu dependente, favor descrever abaixo;			

Consciente dos grandes benefícios recebidos através do Clube de Desbravadores acima descrito, abdicoo responsabilizar, em qualquer instância judicial, o(os) responsável(eis) do referido Clube em todos os níveis, bem como a Igreja Adventista do Sétimo Dia, por qualquer dano causado ou sofrido por meu dependente, devido a sua própria atuação, no percurso de ida e volta bem como no decurso do referido evento.

Em caso de acidente, ou doença, autorizo o responsável acima identificado a tomar toda e qualquer decisão necessária para o restabelecimento da saúde do meu dependente, junto a todo e qualquer órgão que se fizer necessário, inclusive se houver necessidade de intervenção clínica ou cirúrgica.

Declaro ainda que nada omiti na declaração de saúde, sendo de minha responsabilidade qualquer complicação clínica devido ao preenchimento equivocado ou omissão.

Ciente e de acordo ____/____/____

Assinatura(reconhecimento de firma obrigatório para menores de 12 anos)

Obs. ANEXAR CÓPIA DO DOCUMENTO ESPECIFICADO NA AUTORIZAÇÃO