AUTORIZAÇÃO PARA SAÍDA DE DESBRAVADORES

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CLUBE DE DESBRAVADORES  Fortaleza Real | | | | | | | | | | |
| RESPONSAVEL PELO CLUBE :    Wanderson Faustino Patricio | | | | | | | | | | |
| RG. | | | | | | | CPF  078.842.383-57 | | | |
| 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 para contato (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  X Campori da APV – As Maravilhas do Santuário | | | | | | | | | | |
| Que realizar-se-á | | No período de  30/04/2025 | | | | | | Até  04/05/2025 | | |
| Na Cidade de  Jaguariúna - SP | | | | Tendo o mesmo que se deslocar | | | | | De  Jardim Fortaleza, Guarulhos - SP | |
| Para (nome da cidade de destino com UF)  Jaguariúna - SP | | | | Bem como o seu respectivo retorno, nomeio neste período como responsável  Pelo 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, abdico 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