|  |  |
| --- | --- |
|  | União dos Escoteiros do Brasil – SC  56º Grupo Escoteiro Mafeking  Distrito Alto Vale e Planalto  Cadastro Inicial |

|  |
| --- |
| Rio do Sul, |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sexo: | ( ) Masculino | ( ) Feminino | Idade: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naturalidade: |  | Data de Nascimento: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Escolaridade: |  | Série: |
| Colégio: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rua: |  | Nº: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bairro: |  | Cidade: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Telefone: |  | E-mail: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RG.: |  | CPF.: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ramo: | ( ) Lobinho | ( ) Escoteiro | ( ) Sênior | ( ) Pioneiro |

|  |  |
| --- | --- |
| Religião: | Católica |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Como Tomou Conhecimento do Movimento Escoteiro: | ( ) Mídia | ( ) Amigos | ( ) Familiares | ( ) Outros |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome da Mãe: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CPF: |  | RG: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Escolaridade: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Profissão: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Local de Trabalho: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rua: |  | Nº: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bairro: |  | Cidade: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Telefone: |  | E-mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Pai: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CPF: |  | RG: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Escolaridade: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Profissão: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Local de Trabalho: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rua: |  | Nº: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bairro: |  | Cidade: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Telefone: |  | E-mail: |  |

Ficha Médica

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Peso: | Altura: | Tipo Sanguíneo: |
| utiliza os seguintes equipamentos de auxílio: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) Óculos | ( ) Lentes de Contato | ( ) Aparelho Dentário |
| ( ) Sonda | ( ) Marca Passos | ( ) Aparelho de Audição |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| doenças já ocorridas ou em tratamento: | | | | | |
| ( ) Asma | ( ) Bronquite | ( ) Catapora | ( ) Caxumba | ( ) Convulsões | ( ) Desmaios |
| ( ) Diabetes | ( ) Epilepsia | ( ) Hemofilia | ( ) Hemorragias | ( ) Hepatite | ( ) Rubéola |
| ( ) Sarampo | ( ) Sinusite | ( ) Dengue | ( ) Outras: | | |

|  |
| --- |
| Em tratamento: |
| Informações: |

|  |  |
| --- | --- |
| Faz uso de Medicamentos: | |
| ( ) Sim - | ( ) Não |
| Uso Contínuo: ( ) Sim - ( ) Não | |

|  |
| --- |
| Emergências Médicas: |
| ( ) aguardar acompanhamento dos pais/Responsáveis |
| ( ) Aceita decisões médicas |
| Em caso de emergência, avisar: |

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Pais | Telefone: |
| ( ) Outros | Telefone: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Possui plano de saúde: | ( ) Não | | ( ) Sim |
| Nome do plano: | | Nº da carteirinha: | |
| Médico de preferência: | | Telefone: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Possui alergia: | ( ) Não | ( ) Sim | |
| ( ) Picada de inseto | ( ) Medicamentos | ( ) Plantas | ( ) Alimentos |
| ( ) Outros: | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Informações Gerais | | | |
| Possui impedimentos fisiológico: | ( ) Não | ( ) Sim | Cite: |
| Restrições a alimentos: | ( ) Não | ( ) Sim | Cite: |
| Problemas cardíacos: | ( ) Não | ( ) Sim | Cite: |
| Sabe nadar: | ( ) Não | ( ) Sim | |
| É Sonâmbulo | ( ) Não | ( ) Sim | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Possui distúrbio de comportamento: | ( ) Não | ( ) Sim | Cite: |
| Possui distúrbio alimentar: | ( ) Não | ( ) Sim | Cite: |
| Possui distúrbio de ansiedade fóbica: | ( ) Não | ( ) Sim | Cite: |
| Possui alguma deficiência: | ( ) Não | ( ) Sim | Qual: |