



# Departamento de saúde e bem-estar - Ficha de Saúde - Escolas e Grupos

Período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ NR1 ( ) NR2 ( )

Este documento é parte integrante do contrato de adesão e normas, juntamente com a ficha de inscrição, o folheto de orientações gerais e prospecto da unidade.

Nome do Aluno (a)				Sexo ( ) M ( ) F	
Escola		Ano / Série	Idade	Data de nascimento ____/____/____	
C.P.F.	R.G. (Obrigatório)	Órgão Emissor	E-mail do Aluno (a)		
Endereço					
Bairro	Cidade			UF	CEP
Celular do Aluno (a) ( )		Telefone Residencial (1) ( )		Telefone Residencial (2) ( )	
Mora com: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Ambos ( ) Outro responsável - parentesco:					
Nome do Pai		C.P.F. (Obrigatório)	R.G.	Órgão Emissor	
Celular ( )	Telefone Comercial ( )	E-mail			
Profissão / Cargo		Empresa			
Nome da Mãe		C.P.F. (Obrigatório)	R.G.	Órgão Emissor	
Celular ( )	Telefone Comercial ( )	E-mail			
Profissão / Cargo		Empresa			
Nome (em caso de ser outro responsável)		Grau de Parentesco	C.P.F.	R.G.	Órgão Emissor
Celular ( )	Telefone Comercial ( )	E-mail			
Profissão / Cargo		Empresa			

Na ausência dos pais ou responsáveis, comunicar-se com:

Nome \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Telefone ( ) \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta ficha deverá ser preenchida em data próxima ao embarque para que as informações nela contidas estejam atualizadas.

Deverá ser completa e corretamente preenchida pelos pais/responsáveis do aluno, com letra legível e **entregue com antecedência ao responsável da viagem.**

Só embarcarão os alunos que tiverem apresentado esta ficha preenchida. **Não devolver esta ficha ao NR.**

É imprescindível que esta ficha seja entregue e acompanhada de **uma cópia simples do RG do aluno ou Certidão de Nascimento do aluno.**

Remédios que o aluno deverá tomar durante o período do acampamento deverão ser levados em quantidade suficiente, com as devidas prescrições e entregas na partida ao responsável do grupo. **Atenção: estes medicamentos serão ministrados somente se acompanhados da receita médica.**

Todos os alunos estão cobertos por um seguro viagem para assistência médica que cobrirá eventuais custos com **acidentes** no período da viagem ao NR. Conforme consta no folheto de orientações gerais e condições contratuais.

O serviço de assistência médica/seguro-viagem não cobrirá despesas nos casos de:

- *Tratamentos e serviços suplementares executados em função de acidentes gerados por infração do aluno às regras gerais e normas de segurança do acampamento.*
- *Tratamento de moléstias ou estados patológicos provocados pela ingestão de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos, uso de bebidas alcoólicas ou remédios sem receita médica.*
- *Tratamentos e serviços suplementares ocasionados na origem da viagem.*
- *Tratamentos e serviços suplementares executados após o término da viagem, mesmo que em continuidade ao tratamento iniciado no NR.*

No caso de ocorrência de doença contagiosa e/ou de caráter severo ou transgressão das regras e normas de convivência durante o acampamento por parte do aluno, os pais/responsáveis serão acionados e terão a responsabilidade de providenciar a retirada imediata do aluno da temporada.

**Por favor preencha o verso deste formulário. É muito importante para a segurança do(a) aluno(a).**

**Sugerimos uma consulta médica/odontológica e verificação de vacinas antes da viagem**

PESO _____ Kg	ALTURA _____ m _____ cm	TIPO SANGÜÍNEO	CONVÊNIO MÉDICO	NÚMERO DA CARTEIRINHA
NOME DO PEDIATRA / MÉDICO			TELEFONES PARA CONTATO	
Sabe nadar com desenvoltura?	( ) não ( ) sim	Deverá usar boia?	( ) não ( ) sim	OBSERVAÇÃO
Sabe andar a cavalo?	( ) não ( ) sim	OBSERVAÇÃO		
Faz ou fez acompanhamento médico ou psicológico?	( ) não ( ) sim	EM CASO POSITIVO, QUAL O MOTIVO?		
Trata-se com:	( ) homeopatia ( ) alopatia ( ) outros	QUAL?		
Como deve ser medicado em caso de: <i>(indique nome(s) do(s) remédio(s) e posologia - nome do genérico se disponível)</i>				
Febre		Dor de cabeça		
Enjoo		Dor muscular		
Tosse		Dor de ouvido		
Diarreia		Cólica intestinal		
Dor de barriga		Cólica menstrual		

**APRESENTA:**

DIABETES	( ) não ( ) sim	INSTRUÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E HORÁRIOS
CONVULSÕES	( ) não ( ) sim	INSTRUÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E HORÁRIOS
ASMA OU BRONQUITE	( ) não ( ) sim	FATOR DESENCADEANTE E INSTRUÇÕES
INFECÇÕES FREQUENTES	( ) não ( ) sim	INSTRUÇÕES
ÊNURSE NOTURNA	( ) não ( ) sim	INSTRUÇÕES
SONAMBULISMO	( ) não ( ) sim	INSTRUÇÕES
RESTRIÇÃO À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA	( ) não ( ) sim	EM CASO POSITIVO, QUAL?
ALERGIA AO USO DE ALGUM MEDICAMENTO	( ) não ( ) sim	EM CASO POSITIVO, QUAL?
OUTRAS ALERGIAS	( ) não ( ) sim	FATOR DESENCADEANTE E INSTRUÇÕES
ALGUMA DEFICIÊNCIA	( ) não ( ) sim	EM CASO POSITIVO, QUAL?
RESTRIÇÕES ALIMENTARES	( ) não ( ) sim	EM CASO POSITIVO, QUAL?

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

---



---

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE**

Atesto que li o contrato de adesão e demais documentos que dele fazem parte ([www.nr.com.br/adesaoenormas.pdf](http://www.nr.com.br/adesaoenormas.pdf)), estou ciente das normas gerais do acampamento e da natureza de suas atividades e declaro verdadeiras as informações prestadas nestes documentos, não omitindo nenhuma informação de importância ou que possa comprometer o atendimento e segurança do aluno.

Desta forma, autorizo o aluno \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_º ano do ensino \_\_\_\_\_ da escola \_\_\_\_\_ a viajar e participar do acampamento do NR no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, estando aos cuidados e sob a responsabilidade do acompanhante responsável dessa escola/grupo com o apoio da equipe NR para decidir sobre questões comportamentais ou de saúde, podendo ser medicado com os remédios citados nessa ficha e também receber o devido atendimento de emergência e encaminhamento hospitalar se necessário. Também autorizo a participação desse aluno em todas as atividades oferecidas pelo NR durante sua estada, dentre elas: atividades aquáticas, tirolesa, parede de escalada, hover board, cama elástica, equitação, trilhas e excursões, estando ciente dos riscos intrínsecos em sua prática.

**Em caso de não autorização da participação do aluno em alguma atividade, citá-la abaixo, justificando:**

---



---

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Pai/Mãe ou Responsável

Para uso do NR

---



---