



**UNIÃO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL
REGIÃO DO RIO DE JANEIRO**

11º GRUPO ESCOTEIRO SIQUEIRA CAMPOS

FICHA DE INSCRIÇÃO - JOVENS

FOTO 3x4

IDENTIFICAÇÃO		
Nome:		
Endereço:		
Bairro :	CEP :	Tel. Residência: ()
Nascimento : / /	Naturalidade :	Tel. Celular: ()
Se trabalha (Empresa/Função):		Tel. Comercial: ()
E-mail :		Religião :
Ramo: () Lobinho () Escoteiro () Sênior () Pioneiro		

RESPONSÁVEL		
Nome :		
Identidade:	O.Exp:	CPF:
Parentesco:		Tel. Residência:
Profissão:	Tel. Celular:	
Local de Trabalho:	Tel. Comercial:	
E-mail:		
Nome :		
Identidade:	O.Exp:	CPF:
Parentesco:		Tel. Residência:
Profissão:	Tel. Celular:	
Local de Trabalho:	Tel. Comercial:	
E-mail:		

Reside com : () PAIS () PAI () MÃE () Outros _____ (especificar)
--

ESCOLARIDADE			
Instituição:	Curso:		
Endereço:			
Série :	Grau :	Período:	Turno :

OUTRAS INFORMAÇÕES		
Já pertenceu ao Movimento Escoteiro ou Bandeirante ? () Sim () Não		
Grupo:	Data de Promessa:	Último ano de Registro:
Pratica algum Esporte? Qual:		
Professa alguma religião? Qual:		
Principais Passatempos:		
Observações:		

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Declaro para os devidos fins de direito que o referido membro está rigorosamente em dia com sua carteira de vacinação e não possui qualquer tipo de doença que o impeça de frequentar ou participar nas atividades físicas adotadas e supervisionadas pelo escotismo, incluindo acampamentos, acantonamentos, torneios internos e externos, natação, corridas e outras, que requeiram, obrigatoriamente, acompanhamento e supervisão médica periódica. Fico ciente da *obrigatoriedade de acompanhamento médico periódico* do membro que pratica o escotismo, devendo o mesmo estar em plena saúde para participar das atividades, razão pela qual *assumo a responsabilidade* pela informação aqui prestada, com ônus de avisar obrigatoriamente ao Grupo Escoteiro por escrito, a duração dos impedimentos ou suspensão médica das atividades e apresentar a declaração de alta médica onde assumo total responsabilidade.

FICHA MÉDICA

Tipo e Grupo Sangüíneo:	Validade da vacina Antitetânica
Plano de Saúde:	Número:
Hospital conveniado	
Doenças que necessitem atenção _____	
Alergias _____ (inclusive a medicamentos)	
Medicamentos de uso contínuo _____	
Em caso de:	Medicar com:
1.	
2.	
3.	
Em caso de emergência avisar a:	
1.	Tel.:
2.	Tel.:
3. Plano de Saúde/Hospital conveniado	Tel.:

AUTORIZAÇÃO DE DESLOCAMENTO

Autorizo o menor referido a se deslocar desacompanhado no trajeto de casa até os locais de reunião ou atividades do 11º. Grupo Escoteiro e seu respectivo retorno.	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não
--	--

INSCRIÇÃO

Solicito a inscrição do candidato como sócio beneficiário, comprometendo-me a: Apoiá-lo e ajudá-lo no cumprimento de seus deveres e obrigações como membro do Movimento Escoteiro; Participar e cooperar ativamente na vida do Grupo Escoteiro; Comparecer às Reuniões de Pais e Assembléias de Grupo, atuando com real interesse pelo sucesso da aplicação do Método Escoteiro; Cumprir e respeitar o Regulamento interno do 11º Grupo Escoteiro Siqueira Campos; Autorizo ser fotografado e/ou filmado em reuniões e/ou atividades escoteiras e ainda autorizo a utilização dessas fotos/filmagens em divulgações onde não receberei nenhum prêmio, pagamento ou vantagem por tais divulgações.

Afirmo serem verdadeiras as informações acima.

Rio, de de	Nome do Responsável
	Assinatura

INFORMAÇÕES DE REGISTRO (para uso da Diretoria)

Proposta recebida em:	Recebido por:
Nº Registro UEB:	Data da Promessa:
Ass. Dir. Presidente:	Ass. Dir. Técnico: