



FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome Sexo F () M ()

Data de nascimento..... Já acampou no NH ? Sim Não

Foi indicado por.....

RG **CPF do acampante**.....
(o preenchimento, destes itens, é obrigatório para o seguro saúde)

Endereço Bairro.....

CEP.....Cidade.....Telefone.....

Nome do Pai Celular.....

CPFE-mail

Nome da Mãe Celular.....

CPFE-mail

Nome completo do responsável pelo pagamento:

.....CPF.....cel

FICHA MÉDICA

Nome do Pediatra ou Médico da Família

Telefone consultório.....Celular.....

PesoAltura

ALERGIAS

	Sim	Não	NS
Sulfa	()	()	()
Iodo	()	()	()
Picadas de inseto	()	()	()
Alimentares	()	()	()
Ácido Acetilsalicílico	()	()	()
Corantes	()	()	()

Outros

Usuário de Alopatria () ou Homeopatia ()

Há restrições a alguma atividade esportiva?

SABE NADAR ? Sim () Não () Mais ou menos ()

Vacina ANTI-TETÂNICA Sim () Não () Data

Vacina FEBRE AMARELA Sim () Não () Data

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE :

Caso o aluno esteja tomando algum medicamento, durante o período do Acampamento, favor entregá-los **em mãos da coordenadora na hora do embarque**, com as seguintes informações por escrito: Nome do aluno e posologia .

Em caso de homeopatia, favor enviar os medicamentos.

Seu filho (a) apresenta algum problema de saúde, alergia, sonambulismo, sono agitado?

Caso tenha outras informações importantes relate abaixo:

.....
.....
.....

Preencher com os medicamentos, normalmente utilizados.

SINTOMA	MEDICAMENTO	POSOLOGIA
Alergia a insetos
Asma
Bronquite
Congestão Nasal
Dor de Barriga
Dor de Cabeça
Dor de Garganta
Dor de Ouvido
Enjoo
Febre
Prisão de Ventre
Rinite
Tosse

ACAMPAMENTO NOVO HORIZONTE

Eu.....autorizo meu filho(a).....

.....a participar da temporada , no período de

....., no Acampamento Novo Horizonte localizado em Botucatu.

Autorizo também, o uso da imagem do(a) meu(minha) filho(a), no material informativo/publicitário do Acampamento Novo Horizonte.

Em face dessa autorização declaro:

1 - Que no ato do embarque meu filho dispõe de perfeitas condições de saúde.

2 - Fica autorizado a transitar pelas Rodovias Municipais, Estaduais e Federais.

3 - Durante o período do acampamento poderei ser localizado (a) no endereço:

.....tel.....

4 - O parente mais próximo eleito por mim, poderá ser encontrado no endereço:

.....tel.....

5 - Autorizo o Acampamento a utilizar as informações por mim fornecidas nesta Ficha Médica, caso meu filho (a) qualquer problema de saúde.

6 - Em caso de emergência se não for possível a minha localização ou do responsável, fica a critério do Acampamento a conveniência de optar por Clínica ou Profissionais Particulares, sendo que assumirei a responsabilidade pelas despesas daí decorrentes, que não forem cobertas pelo seguro.

7-Uma vez realizado o pagamento estabelecido e ocorrendo a desistência do interessado com até 30 (trinta) dias de antecedência da viagem, será cobrada apenas uma taxa administrativa de 20% do valor total do pacote; b) Com 29 (vinte e nove) a 20 (vinte) dias de antecedência haverá devolução de 50% do total do pacote; c) Até 19 (dezenove) dias antes da viagem, não haverá devolução, mesmo na hipótese de problemas de saúde. Contudo, o acampante, ficará com um crédito junto ao NH Eventos Ltda ME pelo prazo de 01 (um) ano, podendo utilizá-lo em nova temporada com a escola, ou nas temporadas de férias escolares. Qualquer caso de desistência deverá ser **comunicado através do e-mail:**

contato@acampamentonh.com.br .

De acordo

....., de..... de

.....

Assinatura do Pai ou Responsável

Esta ficha foi preenchida pelo (a) Pai () Mãe () Responsável ()