



AMO

ACAMPAMENTO

MONTE DAS OLIVEIRAS



DADOS DO ACAMPANTE

ACAMPANTE:

IDADE:

NASCIMENTO:

TEMPORADA:

1ª Semana:

2ª Semana:

3ª Semana:

Carnaval:

DADOS DO RESPONSÁVEL

NOME:

GRAU DE PARENTESCO:

TELEFONE 1
DDD

TELEFONE 2
DDD

TELEFONE 3
DDD

E-MAIL:

ENDEREÇO:

Nº:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CIDADE:

ESTADO:

REGULAMENTO

1.Só serão permitidas brincadeiras e hábitos saudáveis (qualquer dúvida pergunte ao diretor). **2.**Cigarros, bebida alcoólica, drogas e similares são proibidos e caso venham a ser encontrados com um acampante, as medidas judiciais cabíveis serão tomadas. **3.**Não use aparelhos de som/vídeo. Aproveite a natureza. **4.**Aprecie e conserve a natureza que Deus criou. Fauna e flora devem ser deixados como estão. **5.**Nunca fique sozinho. Não ande sozinho na mata. Se tiver que se separar do grupo, avise o monitor. **6.**Os diretores do A.M.O. pedem que os namorados suspendam as atividades próprias do namoro durante sua estada no A.M.O. Nosso alvo é a socialização de todos com o grupo e não desenvolver namoros. **7.**Não é permitido aos rapazes o aproximar-se dos alojamentos femininos e nem às moças é permitido o acesso à área dos alojamentos masculinos. **8.**Não é permitido o uso de faca de caça, armas, fogos de artifício, etc. **9.**Use apenas roupa decente e adequada à atividade que está na programação. O diretor tem o direito e o dever de pedir que um acampante coloque roupas mais adequadas conforme seu critério de avaliação. **10.**É necessário obedecer a equipe e cooperar com o programa proposto. **11.**Não use bonés durante as devoções e orações: demonstre respeito a Deus. **12.**NÃO É PERMITIDA A NATAÇÃO. **13.**Acampantes não devem entrar na cozinha ou em áreas restritas a não ser que tenham sido convidados para tal. **14.**Comportamentos indesejáveis serão punidos, inicialmente com exclusão da temporada e posteriormente com as medidas julgadas cabíveis.

Autorizo o menor acima identificado a participar do programa do Acampamento Monte das Oliveiras (AMO) na temporada que se inicia. Estou ciente dos objetivos do AMO e concordo com o regulamento que regerá o comportamento dos acampantes e a programação. Autorizo também, o uso da imagem do(a) meu(minha) filho(a), no material informativo/publicitário do Acampamento Monte das Oliveiras.

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL:

ASSINATURA E RG:

FICHA MÉDICA

Nome Completo do Acampante

Peso Altura Convênio Médico: S() N() - Qual? Categoria:

Outras informações:

Nome do Pediatra ou Médico de Família

Endereço

..... Telefone consultório Outro

ALERGIAS	Sim	Não	Não Sei	TIPO SANGUINEO				
Sulfa	()	()	()	A	B	AB	O	Não Sei
Iodo	()	()	()	()	()	()	()	()
Picadas de inseto	()	()	()					
Alimentares	()	()	()					
Ácido Acetilsalicílico	()	()	()					
Corantes	()	()	()					

Outros

• Para tratamento médico utiliza: Alopatia () Homeopatia ()

• Há restrições a alguma atividade esportiva? Sim () Não () - Qual?

Seu filho(a) apresenta algum problema de alergia, sonambulismo ou sono agitado? Apresenta algum outro problema de saúde? Qual? Caso tenha outras informações importantes, relate abaixo:

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

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: Caso o acampante esteja recebendo algum tratamento medicamentoso (alopático ou homeopático), durante o período do acampamento, favor entregá-lo nas mãos da coordenadora no momento pré-embarque com as seguintes informações por escrito: Nome do acampante, medicamento com identificação (dentro da caixa com a bula) e posologia (dose para administração por via oral).

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

Face a esta 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. Autorizo o Acampamento a utilizar as informações por mim fornecidas nesta Ficha Médica, caso meu filho (a) apresente qualquer problema de saúde. 4. Em caso de emergência se não for possível a minha localização ou do responsável, fica a critério do Acampamento a conveniência de optar por um hospital público ou particular.

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL:

ASSINATURA E RG: