|  |  |
| --- | --- |
|  | **FICHA DE INSCRIÇÃO** TEMPORADA DE FÉRIAS |
| Temporada de 12/01 a 18/01/2020 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO ACAMPANTE**  **Obrigatório o preenchimento de todos os dados** | | | | | |
| **Nome Completo:** | | | | | |
| **Endereço:** | | | | **N°:** | **Complemento:** |
| **Bairro:** | **Cidade:** | | | **UF:** | **CEP: -** |
| **Tel. Res.:** | | | | **1ª vez no Jully?** | |
| **RG ou Cert. de Nascimento:** | | | **Idade:** | **Data Nascimento: / /** | |
| **Escola:** | | **Série:** | **Email:** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DOS RESPONSÁVEIS** | | | |
| **Nome do Pai:** | | | |
| **Tel. Res.:** | **Tel. Com.:** | | **Celular:** |
| **RG:** | | **CPF:** | |
| **E-mail:** | | | |
| **Nome da Mãe:** | | | |
| **Tel. Res.:** | **Tel. Com.:** | | **Celular:** |
| **RG:** | | **CPF:** | |
| **E-mail:** | | | |
| **Informar os dados abaixo caso o responsável não seja um dos pais** | | | |
| **Nome Completo:** | | | |
| **Tel. Res.:** | **Tel. Com.:** | | **Celular:** |
| **RG:** | | **CPF:** | |
| **E-mail:** | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES ADICIONAIS (coloque um X na frente da opção correta)** | | | | | | | |
| **Como conheceu o Jully Camp?** | | | ( ) Escola ( ) Site de busca – Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| ( ) Outros \_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Indicação de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **Última temporada que participou:** | | |  | | | | |
| **\*Quer ficar com algum amigo no quarto? Quem?** | | | | | | | |
| **\* ATENÇÃO: faremos o possível para atender essa solicitação, mas isto nem sempre é possível considerando a idade dos acampantes e a disponibilidade de lugar nos quartos** | | | | | | | |
| **Tem irmãos na temporada**: ( ) Sim ( ) NãoQuem? | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **OPÇÃO DE TRANSPORTE (coloque um X na frente da opção desejada)** | | | | | | | |
| **Ida:** | ( ) Transporte do Acampamento ( ) Condução Própria | | | | | | |
| **Volta:** | ( ) Transporte do Acampamento ( ) Condução Própria | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **CADASTRO DE PAGAMENTO (coloque um X na frente da opção desejada)** | | | | | | | |
| **À vista** | | ( ) Cheque ( ) Depósito Bancário | | | | | |
| **Parcelado** | | ( ) Cheques | | | | **N° de parcelas: ( )**1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 | |
| **Responsável pelo pagamento:** ( )Pai ( ) Mãe ( ) Outro | | | | | | | |
| **Caso não seja nenhum dos pais seja responsável pelo pagamento, favor informar os dados abaixo:** | | | | | | | |
| **Nome Completo:** | | | | | | | |
| **Tel. Res.:** | | | | **Celular:** | | | **RG:** |
| **E-mail:** | | | | | | | |
| (1) Declaro verdadeiras as informações por mim prestadas nestes documentos, não omitindo nenhum dado de importância ou que possa comprometer o atendimento e a segurança do Acampante. (2) Estou ciente da natureza das atividades que o Acampamento oferece, e autorizo o Acampamento a providenciar o atendimento médico necessário ao acampante. (4) Autorizo o Acampamento a divulgar o nome, idade, imagem e voz do acampante no site da Jully Tour e demais materiais promocionais e de propaganda do Acampamento, o que se dará exclusivamente para o fim de promover a temporada. E por estar ciente e concordar com as instruções e informações prestadas pelo Jully Camp, firmo abaixo.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Responsável | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | **FICHA PESSOAL DO ACAMPANTE** | | |

|  |
| --- |
| Esta ficha será mantida em sigilo aos demais participantes da temporada, sendo somente encaminhada ao Monitor do acampante e equipe de coordenação do Acampamento, que poderá através destas informações adquirir maior conhecimento sobre o acampante, ajudando-o e acompanhando-o em sua integração e melhor aproveitamento da temporada **(coloque um X no quadrado da resposta correta).** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Comentários** |
| Já esteve em outro Acampamento? |  |  | Qual? |
| Demonstrou vontade de ir ao Jully Camp? |  |  |  |
| Já viajou sem a companhia dos pais? |  |  |  |
| Mora com pai e mãe juntos? |  |  | Com quem? |
| Tem sono tranquilo? |  |  |  |
| Fala durante o sono? |  |  |  |
| Pode dormir em beliche? |  |  |  |
| É uma pessoa independente? |  |  |  |
| Sabe nadar? |  |  |  |
| Tem algum dom artístico? |  |  | Qual? |
| Toca algum instrumento musical? |  |  | Qual? |
| Tem dificuldades em enfrentar novas situações? |  |  |  |
| Tem dificuldades em fazer novas amizades? |  |  |  |
| Tem dificuldades para fazer a higiene pessoal? |  |  |  |
| É portador de alguma necessidade especial? |  |  | Qual? |
| Tem alguma restrição para prática esportiva? |  |  | Qual? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EM CASO DE URGÊNCIA COMUNICAR-SE COM** | | |
| **Nome:** | **Tel.:** | **Cel.:** |
| **Nome:** | **Tel.:** | **Cel.:** |
| **Nome:** | **Tel.:** | **Cel.:** |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES QUE ACHAR NECESSÁRIAS:** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DECLARAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE (coloque um X no quadrado da resposta correta)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Acampante:** | | | |
| **Sexo:** ( )Fem ( ) Masc | **Peso:** | **Altura:** | **Tipo Sanguíneo:** |
| **A vacina antitetânica está em dia?** | | **Tomou vacina contra vírus Influenza H1N1?** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Perguntas** | **Sim** | **Não** | **Comentários / Como Proceder** |
| Tem ou teve alguma doença grave? |  |  | Qual? |
| Tem alergia a algum medicamento? |  |  | Qual? |
| Tem alergia a algum tipo de comida? |  |  | Qual? |
| Tem alergia a picada de insetos? |  |  |  |
| Tem algum outro tipo de alergia? |  |  |  |
| Já teve urticária? |  |  |  |
| Tem alguma restrição alimentar? |  |  | Qual? |
| Faz acompanhamento psicológico? |  |  |  |
| Faz tratamento com homeopatia? |  |  |  |
| Já fez alguma cirurgia? |  |  | Qual? Quando? |
| Tem rinite alérgica? |  |  |  |
| Tem asma ou bronquite? |  |  |  |
| Tem ou teve convulsões? |  |  | Quando? |
| Tem problemas cardíacos? |  |  |  |
| Sofre de enurese (xixi na cama)? |  |  |  |
| Tem diabetes? |  |  |  |
| Apresenta sonambulismo? |  |  |  |
| Tem epilepsia? |  |  |  |
| Tem problemas de pressão alta ou baixa? |  |  |  |
| Costuma enjoar em viagens de ônibus? |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Preencha os campos abaixo com os medicamentos e/ou procedimentos a serem desenvolvidos em casos de:** | | |
| **Sintoma** | **Medicamento** | **Procedimento** |
| Febre |  |  |
| Enjoos / Vômitos |  |  |
| Picada de Inseto |  |  |
| Dor de cabeça |  |  |
| Alergia (que tipo?) |  |  |
| Dor de garganta |  |  |
| Infecção na garganta |  |  |
| Dor de ouvido |  |  |
| Tontura |  |  |
| Cólica |  |  |
| Resfriado / Gripe |  |  |
| Dor de barriga |  |  |
| Diarréia |  |  |
| Dor muscular |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Quais as doenças infectocontagiosas que já adquiriu (coloque um X na frente da resposta correta):** | | | | |
| ( ) Sarampo | ( ) Coqueluche | ( ) Catapora | ( ) Hepatite | ( ) Caxumba |
| ( ) Rubéola | ( ) Varíola | ( ) Dengue | ( ) Outras: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Está tomando alguma medicação que deve ser ministrada durante a viagem?** | |
| ( ) Sim ( ) Não | |
| **Medicamento:** | **Horário:** |
| **N° de vezes:** | **Dosagem:** |
| **Medicamento:** | **Horário:** |
| **N° de vezes:** | **Dosagem:** |