

Aventura Sênior Regional 2010

Boletim Informativo n.º 02 - Complemento

Prazo para Inscrições AMPLIADO por mais 04 dias.

As inscrições serão recebidas de 17 de Maio a 02 de Julho, sexta-feira.

Material Individual: adicionar um par de luvas (tipo pedreiro).

Material por Patrulha: não será necessário levar - 01 bússola. Se a patrulha quiser, poderá levar fogareiro (daqueles de botijão de gás pequeno ou refil) para fazer refeições rápidas de café e jantar no campo. Lembramos que não é permitido acender fogueiras na área do Parque.

Ficha Médica Individual

Esta ficha deve ser preenchida e assinada pelo responsável de cada um dos jovens participantes e será entregue à Equipe de Saúde da Aventura Sênior no dia 16 de Julho, quando do credenciamento do Grupo na Atividade. Modelo da Ficha está no verso deste Informativo.

Farmacinhas e Medicamentos

A equipe de Saúde da Aventura informa que não é necessário levar farmacinhas de patrulhas e nem kit de primeiros socorros, visto que teremos atendimentos em todas as atividades e no campo. A exceção é o caso do participante (jovem ou adulto) que estiver tomando algum tipo de medicamento. Este deve ser informado na ficha individual e, se necessário, deverá ser entregue à Equipe para armazenagem adequada.

Natal, 14 de Junho de 2010.

Coordenação Geral da Aventura Sênior Regional

Keila Tatiane Flores (07RN)
Júlio César Nascimento (43RN)
aventurasenior@uebrn.com.br

UNIÃO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL
REGIÃO ESCOTEIRA DO RIO GRANDE DO NORTE
FICHA CONTROLE MÉDICO - AVENTURA SENIOR REGIONAL

LOCAL: **Parque Ecológico Pedra da Boca-RN**

PERÍODO: **16 a 18 de Julho de 2010**

Favor preencher com letra de forma (legível)

1. Dados Pessoais:

Nome:	Data Nascimento:
Pai/Mãe:	Fone:
Outro Contato:	Fone:

2. Orientações Para Socorro de Urgência/Emergência:

Nome do Convênio Médico:	Nº do Convênio
Nome do Hospital/ Telefones de Contato:	

3. Orientações Médicas Gerais:

Grupo sanguíneo:	Fator RH:	É sujeito a algum tipo de sangramento anormal? () Sim () Não
Tem hemorragia quando se corta? () Sim () Não Costuma ter hemorragia nasal com o calor?() Sim () Não		
Tem tonturas de vez em quando ou desmaios freqüentes? () Sim () Não		
Indique os problemas que está sujeito (a): () Asma () Bronquite () Epilepsia () Diabetes () Rinite		
Outros, especifique:		
Fobias:		
Já teve fraturas? () Sim () Não. Há quanto tempo? Em que região?		
Está sob cuidados médicos? () Sim () Não. Motivo:		
Submeteu-se a operações ultimamente? () Sim () Não. Há quanto tempo:		
Onde?		
Qual Motivo:		
Possui algum impedimento físico? () Sim () Não. Qual (is)?		
É alérgico a algum medicamento? () Sim () Não. Especifique:		
É alérgico a algum fator (pó, pêlos, outros)?		
Como se manifesta a alergia? (coceira, manchas vermelhas na pele, etc)		
Faz uso de algum medicamento? () Sim () Não. Qual?		
Dosagem e Posologia:		
Já tomou vacina anti-tétano? () Sim () Não.		
Informações Adicionais:		

OBS: Se usar remédios especiais prescritos pelos médicos leve-os e, comunique ao Responsável no início da Atividade.
Leve sempre a carteirinha de seu plano de saúde com você, documento de identidade e Carteira de UEB.

DATA: _____ de _____ de 2010.

Assinatura dos Pais/ Responsável – Nº Identidade