

**COLMEIAS MINEIRAS**  
**FORMULÁRIO PESSOAL DE SAÚDE**

Evento para o qual esse formulário está sendo preenchido: \_\_\_\_\_

As informações fornecidas nesse formulário serão usadas à descrição do Conselho Guardiã do Bethel para assegurar que prudência e atenção sejam destinadas à saúde das Abelhinhas.

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ [ ] Mesmo da Criança

Mãe: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ [ ] Mesmo da Criança

Se os pais não estiverem disponíveis, em uma emergência, por favor, notifique:

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Relacionamento com a criança: \_\_\_\_\_

Plano de saúde? [ ] Sim, \_\_\_\_\_ [ ] Não (Se sim, salvo em situações de urgência e emergência, você deseja que sua filha seja encaminhada somente para um Hospital com o plano de saúde ou o Bethel pode utilizar serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)? [ ] Só encaminhar para hospital com Plano de Saúde [ ] Pode ser encaminhada para o SUS.

Médico da Criança: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Sua filha sofre de alguma desordem física ou emocional que a impediria de participar em atividades?

[ ] Não [ ] Sim. Se sim, por favor, liste e explique: \_\_\_\_\_

Você tem alguma instrução especial para o Conselho Guardiã do Bethel com relação a cuidados com a saúde e/ou dieta? \_\_\_\_\_

Sua filha tem alguma reação alérgica a medicamentos, comida, picada de inseto, etc.? Se sim, por favor, explique fornecendo o tipo de reação e tratamento administrado: \_\_\_\_\_

Sua filha já menstruou? [ ] Sim [ ] Não. Se não, ela já foi orientada sobre isso? [ ] Sim [ ] Não

Por favor, liste alguma condição crônica ou doença recente sobre a qual o Conselho Guardiã do Bethel deve estar atento: \_\_\_\_\_

Por favor, especifique detalhes de medicação ou tratamento necessários nos casos acima: \_\_\_\_\_

Data da última vacina de tétano: \_\_\_\_\_ Usa óculos ou lentes? [ ] Sim [ ] Não

Nós, abaixo assinados, pais de \_\_\_\_\_ autorizamos o Conselho Guardiã do Bethel e/ou responsáveis das Abelhinhas do Bethel nº \_\_\_\_\_ a exercer supervisão de nossa filha durante o tempo que ela estiver participando de eventos da Colmeia e das Filhas de Jó. Nós livramos o Conselho Guardiã do mencionado Bethel e/ou seus responsáveis de qualquer responsabilidade civil causada pela participação de nossa filha nos eventos.

Além disso, nós autorizamos o Conselho do Bethel e/ou seus responsáveis a obter para nossa filha \_\_\_\_\_ qualquer auxílio médico emergencial que possa ser necessário, como resultados de ferimentos durante as atividades e os eventos, e concordamos em pagar todos os custos do mesmo. Nós concordamos em reembolsar os citados responsáveis de qualquer quantia adiantada por eles para tal propósito e a indenizar e resguardar os citados responsáveis de qualquer reclamação por contas médicas ou despesas médicas de qualquer auxílio médico prestado para a citada filha.

Pai, mãe ou tutor (a) legal: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_