

EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA REUNIÃO DOS ASSOCIADOS

O Diretor Presidente, representante do Grupo Escoteiro Pedro Macedo (GEPM-301/PR), no uso das atribuições que lhe confere o Estatuto da União dos Escoteiros do Brasil, vem pelo presente convocar os membros associados para reunirem-se de forma presencial, na sede do Grupo à Avenida República Argentina, 2376, bairro Portão, nesta cidade, no dia 11 de setembro, às 14h30 em convocação única, com qualquer número de presentes para tratar o que segue:

- a) Recebimento da ficha médica dos jovens anexa a este edital, **devidamente preenchida e assinada** pelo responsáveis para posterior atualização no sistema paxtu;
- b) Apresentação formal do Plano de Retorno às atividades presenciais, enviado via digital para prévio conhecimento;
- c) Recebimento da autorização de retorno às atividades presenciais anexa a este edital, **devidamente preenchida e assinada** pelo responsável; e
- d) Palavra aberta à todos para sanar dúvidas e sugestões.

É de suma importância trazerem os documentos anexos devidamente preenchidos e assinados, pois é parte integrante do Plano de Retorno.

Reforçamos que todos os cuidados com a saúde dos presentes serão tomados, incluindo a obrigatoriedade do uso de máscaras e distanciamento mínimo entre as pessoas. A reunião será realizada em local amplo e arejado e serão disponibilizados recipientes com álcool em gel para a higienização das mãos.

Curitiba, 30 de agosto de 2021

Peter Buscher
Diretor Presidente



Autorização dos pais/responsável

Eu, _____, brasileiro(a), portador(a) do RG _____, e CPF _____, domiciliado(a) e residente na _____, em _____, AUTORIZO _____, meu/minha _____, nascido(a) em ____/____/____, cujo número de registro na União dos Escoteiros do Brasil é _____, a retornar às atividades presenciais do Grupo Escoteiro Pedro Macedo -301/PR, a partir desta data.

Declaro ser de minha livre e espontânea vontade firmar o presente instrumento registrando minha ciência, concordância e responsabilidade com relação a autorização para que o menor em epígrafe retorne às atividades presenciais do Grupo Escoteiro. Declaro que tenho ciência de todos os problemas causados pela pandemia COVID-19, e dos riscos em relação ao contágio do coronavírus.

Declaro ainda que estou ciente, que concordo e seguirei todas as providências e recomendações tomadas pelo Grupo Escoteiro em relação aos cuidados para este retorno, conforme as DIRETRIZES PARA RETORNO ÀS ATIVIDADES PRESENCIAIS entregues a mim em anexo a esta Declaração. Declaro, que estou ciente de que devo obrigatoriamente, avisar imediatamente a Diretoria do Grupo Escoteiro, o aparecimento de qualquer um dos sintomas da COVID19 ou o contato com pessoa contaminada ou possivelmente contaminada, afastando me conseqüentemente das atividades presenciais.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

_____, de _____ de 20__.

Nome completo _____

Assinatura _____

CPF do declarante _____

Diretor-Presidente do GEPM





301/PR - PEDRO MACEDO

FICHA MÉDICA

Nome: _____ Registro: _____

Sexo: _____ Data de nasc.: _____

Altura: _____ Peso: _____ Tipo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

UTILIZA OS SEGUINTE EQUIPAMENTOS DE AUXÍLIO () Não () Sim

() Óculos () Lentes de contato () Aparelhos dentários () Sondas () Marcapasso () Aparelhos de audição

() Outros Cite: _____

DOENÇAS JÁ OCORRIDAS OU EM TRATAMENTO () Não () Sim() Asma () Bronquite () Catapora () Caxumba () Convulsões () Desmaios () Dengue () Diabetes
() Epilepsia () Hemofilia () Hemorragias () Hepatite () Hipertensão () Rubéola () Sarampo () Sinusite

Em tratamento: _____

Informações: _____

MEDICAMENTOS EM USO (CONTÍNUO OU () Não () Sim***** Se necessário, listar medicamentos no**

Permite administrar medicamentos por profissionais em saúde que atuam no Grupo?

() Sim () Não

Informações: _____

EMERGÊNCIAS MÉDICAS

() Aguardar acompanhamento dos Pais/Responsáveis () Aceita decisões médicas

Avisar em Emergências () Pais () Outro: _____

Telefone: _____

Plano de saúde: () Não/SUS () Sim Cite: _____

Nº Carteirinha: _____

Médico de Preferência: _____

Telefone(s): _____

ALERGIAS () Não () Sim

() Picada de inseto Cite: _____

() Medicamentos Cite: _____

() Plantas Cite: _____

() Alimentos Cite: _____

() Outro Cite: _____

INFORMAÇÕES GERAIS

Possui impedimento físico? () Não () Sim Cite: _____

Restrições a alimentos? () Não () Sim Cite: _____

Problemas cardíacos? () Não () Sim Cite: _____

Sabe nadar? () Não () Sim

É sonâmbulo? () Não () Sim

DISTÚRBIOS PSICOLÓGICOS

Apresenta Distúrbio de Comportamento?

Exemplo: Conduta, Hiperatividade por déficit de atenção, oposição desafiante, etc.

() Não () Sim Cite: _____

Apresenta Distúrbio Alimentar?

Exemplo: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, etc.

() Não () Sim Cite: _____

Apresenta Distúrbio de Ansiedade Fóbica?

Exemplo: Distúrbio de pânico, Agorafobia (lugares fechados ou aberto), Fobia Social, etc.

() Não () Sim Cite: _____

DEFICIÊNCIAS () Não () Sim

() Física Cite: _____

() Visual Cite: _____

() Auditiva Cite: _____

() Intelectual Cite: _____

Data da última atualização: _____

Assinatura do Pai/Responsável: _____