



# ACAMPACEF DE FÉRIAS

Período de 15 a 18 de julho de 2025

## FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome da criança

Idade	Data de nascimento	RG da criança
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Endereço		Número
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Complemento		Bairro
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Cidade	CEP	Estado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefone residencial	Telefone	Celular
( ) <input type="text"/>	( ) <input type="text"/>	( ) <input type="text"/>
Telefone celular da criança	Tamanho da camiseta	
( ) <input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-mail da criança		
<input type="text"/>		

Nome do pai	Telefone
<input type="text"/>	( ) <input type="text"/>
Nome da mãe	Telefone
<input type="text"/>	( ) <input type="text"/>

E-mail dos pais

**Na ausência dos pais e/ou responsáveis, procurar por:**

Nome

Grau de parentesco

Endereço

Número

Telefone residencial

( )

Telefone comercial

( )

Celular

( )



# ACAMPACEF DE FÉRIAS

Período de 15 a 18 de julho de 2025

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO

\_\_\_\_\_ declara o seguinte:  
(Nome do responsável pela criança)

a) é legalmente responsável pelo(a)  
menor \_\_\_\_\_, por ser o(a) \_\_\_\_\_

(pai, mãe, responsável ou outro título - apresentando o respectivo documento) e autoriza que ele(a) participe do evento denominado "Acampacef de Férias", descrito no "Manual do Acampante".

b) tem ciência do conteúdo do "Manual do Acampante", que estipula as regras do evento denominado "Acampacef de Férias", que será realizado na Sede Balneária da APCEF/SC, localizada na Alameda César Nascimento, 700, Jurerê – Florianópolis/SC, entre os dias 15 e 18 de julho de 2025.

c) que recebeu uma cópia do referido "Manual do Acampante" e declara expressamente que concorda com todas as regras e orientações nele contidas.

d) autoriza o uso da imagem para fins de divulgação em nossos meios de comunicação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_



# ACAMPACEF DE FÉRIAS

Período de 15 a 18 de julho de 2025

## FICHA MÉDICA

Faz tratamento com remédios de uso contínuo? ( )sim ( )não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Levará remédios? Quais? \_\_\_\_\_

Doses e horários a serem ministrados: \_\_\_\_\_

Em caso de febre, o que deverá tomar? \_\_\_\_\_

A partir de quantos graus? \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_

Quais? \_\_\_\_\_

**Medicações usuais (somente será ministrado pelos monitores)**

Alguma restrição alimentar? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Sabe nadar? ( )sim ( )não

Há algum mal que a prática de esportes possa agravar? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Observações gerais: \_\_\_\_\_

Concordo com todos os itens esclarecidos neste documento.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

### DECLARAÇÃO

Declaro, para todos os efeitos de direito, que as informações acima são verdadeiras.

NOME DA CRIANÇA: \_\_\_\_\_

NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

R.G.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_