

Formulário de Autorização e Permissão de Tratamento Médico

Cada participante (inclusive os líderes) preenche este formulário separadamente para cada evento ou atividade que envolva pernoite, viagem para fora da área local ou riscos mais altos do que os comuns (ver Manual Geral: Servir em *A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias*, itens 20.5.5, 20.7.4, 20.7.7). O líder do evento ou da atividade deve ter acesso a todos os formulários dos participantes durante a atividade.

Detalhes do evento (a serem preenchidos pelo líder responsável pelo evento)

Evento		Data(s) do evento
Descreva o evento e as atividades (seja específico)		
Ala	Estaca	
Líder do evento ou atividade	Telefone do líder do evento ou atividade	E-mail do líder do evento ou atividade

Informações de contato

Participante	Data de nascimento	Idade
Número do telefone		
Endereço	Cidade	Estado
Contato de emergência (pais ou responsáveis)	Número de telefone principal	Número de telefone secundário

Informações médicas

O participante necessita de dieta especial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, descreva as restrições alimentares.
O participante tem algum tipo de alergia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, descreva as alergias.
Faça uma lista de todos os medicamentos (com ou sem receita) que o participante esteja tomando. Deixe em branco se não houver.	

Se houver, o próprio participante pode administrar o medicamento?

Sim Não Se não, entre em contato diretamente com o líder responsável pelo evento ou atividade.

Problemas de saúde que causem limitações na participação em atividades

O participante tem alguma doença crônica ou recorrente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, descreva.
O participante submeteu-se a cirurgia ou teve doença grave nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, descreva.
Identifique quaisquer limitações, restrições ou deficiências que poderiam impedir a participação no evento ou na atividade (se necessário, anexe páginas adicionais).	

Outros tipos de acomodação ou necessidades especiais

Identifique quaisquer necessidades ou considerações sobre o participante que o líder da atividade ou evento deva saber (se necessário, anexe páginas adicionais).

Permissão

Dou permissão para que meu filho/minha filha participe do evento e das atividades acima mencionadas (exceto se houver indicação contrária) e autorizo os líderes adultos que os supervisionam a providenciarem tratamento médico de emergência para qualquer acidente ou doença e a agirem em meu nome para autorizar os procedimentos médicos necessários. Esta autorização tem efeito para este evento e para a respectiva viagem de ida e volta.

Observação: As unidades podem não ter a capacidade de atender a todas as necessidades médicas, físicas e outros requisitos e devem aconselhar-se com os pais ou responsáveis sobre o que é possível.

O participante é responsável pela própria conduta e está ciente e

concorda em seguir os padrões da Igreja, as regras de segurança do acampamento ou do evento e outras instruções pertinentes. Todas as condutas e interações do participante devem seguir os padrões da Igreja e ser um exemplo do comportamento cristão.

Os pais e participantes devem compreender que a participação em uma atividade não é um direito, mas um privilégio que pode ser revogado caso os participantes se comportem de forma inadequada ou representem um risco para si mesmos ou para outras pessoas.

Estas informações são coletadas para ajudar os líderes de eventos e atividades ou as equipes médicas para que possam estar preparados e responder adequadamente a problemas de saúde ou a uma emergência. Estas informações serão mantidas em sigilo e compartilhadas somente quando necessário.

Assinatura do participante	Data
Assinatura dos pais ou responsáveis (se o participante for menor de idade)	Data