

# Proposta de Admissão

## Identificação

Nome do Candidato \_\_\_\_\_  
 Morada: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_  
 BI: \_\_\_\_\_ Local emissão: \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Composição do Agregado Familiar:  - Pai  - Mãe  - Irmãos  - Outros: \_\_\_\_\_  
 Escola que Frequenta: \_\_\_\_\_ Ano Escolar: \_\_\_\_\_

## Filiação

Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Profissão/Ocupação: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Profissão/Ocupação: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## E. Educação

Encarregado de Educação:  - Pai  - Mãe  - Outro. Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Nome do E.E.: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Profissão/Ocupação: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## Serv. Saúde

Nº de Utente do SNS: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde: \_\_\_\_\_  
 Sistema Complementar: \_\_\_\_\_ Nº Identificação : \_\_\_\_\_

## Vida Cristã

Frequenta a catequese?  - Sim  - Não Onde: \_\_\_\_\_ Volume: \_\_\_\_  
 Está inscrito nas aulas de Educação Moral Religiosa e Católica?  - Sim  - Não  
 Batizado a: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ em \_\_\_\_\_ Fez a 1ª Comunhão (S/N)?

## Documentos

Bilhete de Identidade  Cartão de Utente do SNS  Cartão de Sistema de Saúde  
 Termo de Responsabilidade  Ficha de Saúde  \_\_\_\_\_

Telheiras, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

(rubrica)

Recebido por	Data
	/   /

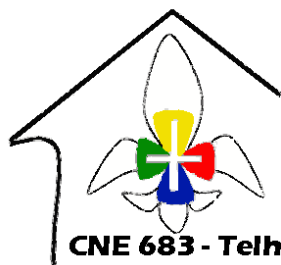
Entrevistado por	Data
	/   /

Admitido em	Data
	/   /

R. Direção Nº	Data
	/   /

OSA Nº	Data
	/   /

Numero de Identificação Escutista



**CNE 683 - Telheiras**

Secção	NIN

**Termo de Responsabilidade e  
Autorização de Participação nas Actividades Escutistas  
Ano Escutista 2012/13**

\_\_\_\_\_ [nome completo],  
\_\_\_\_\_ [estado civil], residente na \_\_\_\_\_  
em \_\_\_\_\_, portador(a) do bilhete de identidade/cartão do cidadão n.º  
\_\_\_\_\_, válido até ao dia \_\_/\_\_/\_\_, \_\_\_\_\_ [relação de parentesco  
com o menor, se a houver], titular da responsabilidade parental, que autorizo  
expressamente o(a) menor \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ [nome completo], associado(a) do Corpo Nacional de Escutas no  
Agrupamento 683 de Telheiras, portador(a) do bilhete de identidade/cartão  
do cidadão n.º \_\_\_\_\_, válido até ao dia \_\_/\_\_/\_\_, a participar nas  
actividades do agrupamento 683 do Corpo Nacional de Escutas no ano  
escutistas 2012/2013.

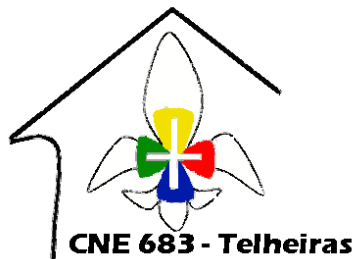
Mais declaro que estou ciente e tomei conhecimento da legislação em vigor e  
dos regulamentos do Corpo Nacional de Escutas, e que me assegurei que o  
meu educando não possui quaisquer contra-indicações para a prática das  
actividades escutistas, incluindo acampamentos, jogos, caminhadas entre  
outras actividades de ar livre.

Por ser verdade, e por me ter sido pedido, passo esta autorização que estou  
habilitado para dar e que assino.

Telheiras, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

\_\_\_\_\_  
(assinatura igual ao BI/CC)

telefone para contacto
e-mail para contacto



# Ficha Individual de Saúde

Secção	NIN

## Identificação

Nome do Escuteiro \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Grupo Sanguíneo \_\_\_\_ Factor RH \_\_\_\_

## E. Educação

Encarregado de Educação:  - Pai  - Mãe  - Outro. Parentesco: \_\_\_\_\_  
Nome do E.E.: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Profissão/Ocupação: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## Serv. Saúde

Nº de Utente do SNS: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde: \_\_\_\_\_  
Sistema Complementar: \_\_\_\_\_ Nº Identificação : \_\_\_\_\_

## Antecedentes Pessoais

Doenças anteriores \_\_\_\_\_  
Intervenções cirúrgicas \_\_\_\_\_ Fracturas \_\_\_\_\_  
Alergias \_\_\_\_\_ Vacina anti-tetânica \_\_\_\_\_  
Doenças actuais \_\_\_\_\_  
Tem alguma limitação à prática desportiva? Qual: \_\_\_\_\_  
Tem algum tipo de restrição à alimentação? Qual: \_\_\_\_\_

Queira juntar a esta ficha qualquer informação clínica que considere relevante, em envelope fechado e identificado.

## Toma medicamentos de forma crónica ou continuada?

Nome: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_

*Autorizo o responsável pelo meu educando ou representante a tomar providências para lhe dar assistência médica na eventualidade de uma emergência, sem necessidade prévia de autorização. Entendo que serei notificado da forma mais rápida possível, se esta autorização for utilizada.*

**O Encarregado de Educação**

\_\_\_\_\_  
Assinatura igual ao BI ou Passaporte

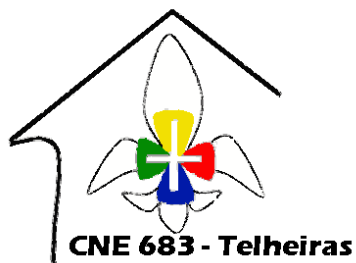
O Encarregado de Educação

\_\_\_\_\_  
Assinatura igual ao BI ou Passaporte

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nota: É obrigatório a entrega de fotocópia do BI ou Passaporte, legível do Encarregado de Educação e Cartão de Utente ou do Subsistema de Saúde do escuteiro.

Todas as informações contidas nesta ficha são confidenciais e destinam-se exclusivamente a ser utilizadas, em caso de doença súbita ou acidente, podendo ser divulgada aos técnicos responsáveis pela assistência.



## Cópia de Documentos

Secção	NIN

Juntar fotocópia do cartão de cidadão e o cartão de utente do sistema de saúde e/ou seguro do menor.

ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA DE JUVENTUDE FUNDADA EM 1923 - INSTITUIÇÃO DE UTILIDADE PÚBLICA  
ASSOCIAÇÃO DE DEFESA DO AMBIENTE EQUIPARADA - MEMBRO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO MOVIMENTO ESCUTISTA