

## Formulário de autorização e permissão de tratamento médico

Preencha separadamente este formulário para cada evento ou atividade que envolva considerações especiais, (ver *Manual 2: Administração da Igreja*, seção 13.6.20, ChurchofJesusChrist.org), atividades com pernoite ou viagem para fora da área local ou uma atividade com riscos acima do esperado.

### 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 sobre o participante

Participante		Data de nascimento	Idade
Número de telefone principal	<input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabalho	Número de telefone secundário	<input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabalho
Endereço	Cidade	Estado ou província	
Contato de emergência (pais ou responsáveis)	Número de telefone principal	Número de telefone secundário	<input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabalho

### 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.
O participante está tomando algum medicamento (com ou sem receita)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, o próprio participante pode administrar o medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, entre em contato diretamente com o líder responsável pelo evento ou atividade.
Faça uma lista de todos os medicamentos (com ou sem receita) que o participante esteja tomando.	

### Problemas físicos que causem limitações em atividades

O participante tem alguma doença crônica ou recorrente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, explique.
O participante submeteu-se a cirurgia ou teve doença grave nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, explique.

Identifique quaisquer limitações, restrições ou incapacidades 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 participe do evento e das atividades acima mencionadas (exceto se houver indicação contrária) e autorizo os líderes adultos que o 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 a respectiva viagem de ida e volta.

O participante é responsável por seu próprio comportamento e está ciente e concorda em cumprir os padrões da Igreja, do acampamento ou as regras

de segurança do evento e outras instruções pertinentes. O comportamento do participante e suas interações devem seguir os padrões da Igreja e ser um exemplo de conduta cristã.

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

Assinatura do participante	Data
Assinatura do pai/mãe ou responsável (se necessário)	Data