

Autorização dos Pais ou Responsáveis e Permissão para Receber Tratamento Médico

Atividade

Data

Ala

Estaca

Participante

Data de nascimento

Telefone residencial

Nome do pai responsável do participante

Telefone comercial

Endereço

Cidade

Estado/Provincia

Informações Médicas

O participante tem:

- Dieta especial Alergias Medicação regular Doença crônica Submeteu-se a cirurgia ou teve doença grave nos últimos doze meses
 Problemas físicos que causem limitações em algumas atividades

Em caso afirmativo, favor explicar. Se precisar de mais espaço, use o verso.

Dou permissão para que meu filho participe da atividade acima mencionada e autorizo os líderes adultos que a 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 cobre a atividade bem como a viagem de ida e volta.

Assinatura do pai ou responsável

Data