

FORMULÁRIO PARA ADMISSÃO DE ADULTOS VOLUNTÁRIOS

DADOS PESSOAIS DO (A) CANDIDATO (A)

Nome Completo:		Data Nascimento	
End. Residencial:		Número	
Complemento:		Bairro:	
CEP.:	Cidade:	UF:	
Telefone Residencial:		Telefone Celular:	
Email 1			
email 2			
Grau de Instrução	CPF	RG	
Estado Civil:	Filhos: (Quantos)	Religião:	
Nome do cônjuge:		Data Nascimento	
Profissão:			
Local de Trabalho:			

HABILIDADES E CONHECIMENTOS

Curso ou especialização que possa ser útil ao Movimento Escoteiro:			
Tem prática da vida no campo:		Tem prática Educacional:	
Tem prática de Primeiros Socorros:		Tem pratica da vida no mar:	
Foi voluntário em outra instituição? Qual?			
Passatempos ou hobby (s) predileto (s)			
Já pertenceu ao Movimento Escoteiro?		Em qual Grupo?	
Membro Juvenil? Qual Ramo?		Quando?	
Membro Adulto? Qual função?		Quando?	
Registro UEB:			
Por que deseja ingressar em nosso Grupo como voluntário?			
Local e Data: <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> _____ Assinatura do Candidato </div>			

PARA USO DO NIVEL RESPONSÁVEL PELO PROCESSO DE ADMISSÃO

Documentos:	RG e CPF:	Declaração Idoneidade:
Formulário Uso de imagem e som:	Acordo Trabalho voluntário:	
Ficha médica:	Comprovante Residencia:	

Contados realizados para acompanhamento do processo:

Data:	Descrição:	

DIRECIONAMENTO

Função Solicitada:	
Ramo:	

PARECER DA DIRETORIA

A Diretoria após verificação da documentação apresentada, e do parecer do Diretor Técnico do Grupo, considera esta solicitação:

DEFERIDA

INDEFERIDA

NOVA AVALIAÇÃO

Local e Data:	
Ass.:	
Ass.:	
Ass.:	
Ass.:	

USO APÓS APROVAÇÃO

Data:		
APF designado:		Nº
Função:	Ramo:	
Curso Informativo:	Manual do ramo:	Acesso Sigue

Obs.: Após preencher este formulário o solicitante deverá imprimir, preencher e assinar o termo de adesão de próprio punho e anexar as cópias dos documentos solicitados, encaminhando à diretoria que solicitou.

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE E AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A CERTIDÕES

Eu, _____,
Nome completo

Nascido em ____/____/____, em _____,
Data de nascimento Local do nascimento

declaro que sou pessoa idônea, sem antecedentes criminais e sem qualquer impedimento legal para exercer a função como escotista ou dirigente no âmbito da União dos Escoteiros do Brasil, e que isso pode ser comprovado através de certificados, atestados e documentos afins, ficando a União dos Escoteiros do Brasil autorizada a buscar informações complementares sobre minha pessoa. Declaro, ainda, que caso se comprove que esta informação é inverídica, autorizo a União dos Escoteiros do Brasil a me excluir automaticamente do seu quadro de associados.

_____ de _____ de _____
Local Data

Assinatura com firma reconhecida



3/SC - PADRE PEDRO BARON

FICHA MÉDICA

Nome: _____ Registro: _____

Sexo: _____ Data de nasc.: _____

Altura: _____ Peso: _____ Tipo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

UTILIZA OS SEGUINTES EQUIPAMENTOS DE AUXÍLIO () Não () Sim

() Óculos () Lentes de contato () Aparelhos dentários () Sondas () Marcapasso () Aparelhos de audição

() Outros Cite: _____

DOENÇAS JÁ OCORRIDAS OU EM TRATAMENTO () Não () Sim

() Asma () Bronquite () Catapora () Caxumba () Convulsões () Desmaios

() Diabetes () Epilepsia () Hemofilia () Hemorragias () Hepatite () Rubéola

() Sarampo () Sinusite () Dengue

Em tratamento: _____

Informações: _____

MEDICAMENTOS EM USO (CONTÍNUO OU NÃO) () Não () Sim

Nome do medicamento	Uso contínuo	Informações

Permite administrar medicamentos por profissionais em saúde que atuam no Grupo? () Sim () Não

Informações: _____

EMERGÊNCIAS MÉDICAS

() Aguardar acompanhamento dos Pais/Responsáveis () Aceita decisões médicas

Avisar em Emergências () Pais () Outro: _____ Telefone: _____

Plano de saúde: () Não/SUS () Sim Cite: _____ Nº Carteirainha: _____

Médico de Preferência: _____ Telefone(s): _____

ALERGIAS () Não () Sim

() Picada de inseto Cite: _____

() Medicamentos Cite: _____

() Plantas Cite: _____

() Alimentos Cite: _____

() Outro Cite: _____

INFORMAÇÕES GERAIS

Possui impedimento físico? () Não () Sim Cite: _____

Restrições a alimentos? () Não () Sim Cite: _____

Problemas cardíacos? () Não () Sim Cite: _____

Sabe nadar? () Não () Sim

É sonâmbulo? () Não () Sim

DISTÚRBIOS PSICOLÓGICOS

Apresenta Distúrbio de Comportamento? Exemplo: Conduta, Hiperatividade por déficit de atenção, oposição desafiante, etc.

() Não () Sim Cite: _____

Apresenta Distúrbio Alimentar? Exemplo: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, etc.

() Não () Sim Cite: _____

Apresenta Distúrbio de Ansiedade Fóbica? Exemplo: Distúrbio de pânico, Agorafobia (lugares fechados ou aberto), Fobia Social, etc.

() Não () Sim Cite: _____

DEFICIÊNCIAS () Não () Sim

() Física Cite: _____

() Visual Cite: _____

() Auditiva Cite: _____

() Intelectual Cite: _____

Data da última atualização: _____ Assinatura do Pai/Responsável: _____