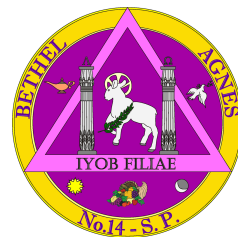




## FORMULÁRIO PESSOAL DE SAÚDE

CLUBE DE ABELHINHAS  
"Colmeia Doçuras do Agnes - SP"



As informações fornecidas neste formulário serão usadas à discricção do Conselho Guardião do Bethel N<sup>a</sup> 14 de São Paulo das Filhas de Jó Internacional para assegurar que prudência e atenção sejam destinadas à saúde das Abelhinhas.

Nome completo da Abelhinha: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ ( ) mesmo da criança

Pai: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ ( ) mesmo da criança

Se os pais não estiverem disponíveis, em uma emergência, por favor, notifique:

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Relacionamento com a criança: \_\_\_\_\_

Plano de saúde? ( ) Sim, \_\_\_\_\_ ( ) Não. Se sim, salvo em situações de urgência e emergência, você deseja que sua filha seja encaminhada somente para um Hospital com o plano de saúde ou o Bethel pode utilizar serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)? ( ) Só encaminhar para hospital com Plano de Saúde ( ) Pode ser encaminhada para o SUS.

Médico da criança: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Sua filha sofre de alguma desordem física ou emocional que a impediria de participar de atividades?

( ) Sim ( ) Não. Se sim, por favor liste e explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Você tem alguma instrução especial para o Conselho Guardião do Bethel com relação aos cuidados com a saúde e/ou dieta de sua filha?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O presente formulário deve ser impresso e assinado em 02 (duas) vias. A primeira página deve ser rubricada pelo responsável legal da Abelhinha. Uma cópia deve ser mantida nos arquivos permanentes do Bethel e outra deverá ser entregue ao responsável legal da Abelhinha. Ato contínuo, o Bethel deverá enviar uma cópia digitalizada para o e-mail: [secretaria14agnes@hotmail.com](mailto:secretaria14agnes@hotmail.com)

Sua filha tem alguma reação alérgica a medicamentos, comida, picada de inseto, etc.? Se sim, por favor, explique fornecendo o tipo de reação e tratamento administrado:

---

---

---

Sua filha já menstruou? ( ) Sim ( ) Não.

Se não, ela já foi orientada sobre isso? ( ) Sim ( ) Não.

Data da última vacina de tétano: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Usa óculos ou lentes de contato? ( ) Sim ( ) Não.

Por favor, liste alguma condição crônica ou doença recente sobre a qual o Conselho Guardião do Bethel deve estar atento:

---

---

---

Por favor, especifique detalhes de medicação ou tratamento necessários nos casos acima:

---

---

---

Nós, abaixo assinados, pais de \_\_\_\_\_, autorizamos o Conselho Guardião do Bethel e/ou responsáveis das Abelhinhas do **Bethel Nº 14 de São Paulo, SP, Brasil das Filhas de Jó Internacional** a exercer supervisão de nossa filha durante o tempo que ela estiver participando de eventos da Colmeia e das Filhas de Jó. Nós livramos o Conselho Guardião do mencionado Bethel e/ou seus responsáveis de qualquer responsabilidade civil causada pela participação de nossa filha nos eventos.

Além disso, autorizamos o Conselho do Bethel e/ou seus responsáveis a obter para nossa filha \_\_\_\_\_ qualquer auxílio médico emergencial que possa ser necessário, como resultados de ferimentos durante as atividades e eventos, e concordamos em pagar todos os custos do mesmo. Nós concordamos em reembolsar os citados responsáveis de qualquer quantia adiantada por eles para tal propósito e a indenizar e resguardar os citados responsáveis de qualquer reclamação por contas médicas ou despesas médicas de qualquer auxílio médico prestado para a citada filha.

Mãe, pai ou tutor legal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.