



DENAER
DEPARTAMENTO NACIONAL DE EMBAIXADORES DO REI

DEPARTAMENTO NACIONAL DE EMBAIXADORES DO REI

Equipe de Gestão:

Igor Andrade e Fabiano Lessa

Tel.: (21) 3042-7295 / (21) 2298-1258

E-mail: denaer@embaixadoresdorei.org

AUTORIZAÇÃO ERER-SUD 2017

Eu, _____, portador(a) do CPF n.º _____, declaro ser responsável legal por _____ e autorizo o mesmo a participar das atividades esportivas e bíblicas do ERER-SUD 2017 (Encontro Regional de Embaixadores do Rei do Sudeste) nos dias 15, 16 e 17 de junho de 2017 em Rio das Ostras.

_____ de _____ de 2017

Assinatura do Responsável

Telefones para Contato

() _____ Pessoa de contato: _____
() _____ Pessoa de contato: _____

Atenção: Anexas cópia de documento de identidade ou certidão de nascimento do Embaixador do Rei.

INFORMAÇÕES MÉDICAS (Não deixe nenhum campo sem responder. Essas informações serão preciosas em caso de Emergência)

| DOENÇA | É PORTADOR? | FOI PORTADOR? | NUNCA CONTRAIU | OBSERVAÇÕES |
|---|-------------|---------------|----------------|-------------|
| ASMA | () | () | () | |
| ALERGIA A POEIRA | () | () | () | |
| ALERGIA A SULFA | () | () | () | |
| ALERGIA A IODO | () | () | () | |
| ALERGIA A PENICILINA | () | () | () | |
| BRONQUITE | () | () | () | |
| CAXUMBA | () | () | () | |
| CATAPORA | () | () | () | |
| DIABETES | () | () | () | |
| DENGUE | () | () | () | |
| MENINGITE | () | () | () | |
| RUBÉOLA | () | () | () | |
| SARAMPO | () | () | () | |
| O EMBAIXADOR DO REI POSSUI OUTRAS DOENÇAS OU JÁ POSSUIU OUTRAS DOENÇAS? () SIM () NÃO QUAIS? | | | | |
| O EMBAIXADOR DO REI POSSUI OUTRAS ALERGIAS OU JÁ POSSUIU OUTRAS ALERGIAS? () SIM () NÃO QUAIS? | | | | |
| O EMBAIXADOR DO REI ESTÁ UTILIZANDO ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO? () SIM () NÃO MEDICAMENTO: _____ HORÁRIOS: _____ | | | | |
| O EMBAIXADOR DO REI FOI VACINADO CONTRA A FEBRE AMARELA? () SIM () NÃO OBS.: | | | | |
| EM CASO DE DOR DE CABEÇA, FEBRE OU DORES, QUAL REMÉDIO É INDICADO AO EMBAIXADOR? () DORIL () ASPIRINA () TYLENOL/PARACETAMOL () NOVALGINA/DIPIRONA () OUTRO: QUAL? | | | | |
| TIPO SANGUÍNEO: () A () B () AB () O FATOR RH: () POSITIVO () NEGATIVO | | | | |