

Mensageiras do Rei - MR

Igreja: Batista em

Pastor ou Líder atual:

Contato: ()

AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAR DO ACAMPAMENTO de MR

Eu _____, autorizo minha filha _____ a participar com a **IGREJA BATISTA em/de** _____ do Acampamento para MR, a realizar-se nos **dias** _____ /2018, no ABC – Acampamento Batista Capixaba, na cidade de Viana – ES, Rod BR 262, km 25,5 realizado pela UFMBEES, sob os cuidados da (s) **Orientador(s)** _____ / _____ com saída e retorno prevista :

Saída: Dia: _____ Horas: _____ Local: _____

Retorno/chegada: Dia: _____ Horas: _____ Local: _____

Declaro que:

() Minha filha está sob tratamento para _____, e está levando a medicação _____ para tomar de ___ em ___ horas por ___ dias.

() Minha filha é alérgica a _____, devendo, em caso de alergia, tomar a medicação _____, que está levando;

() Minha filha está em perfeito estado de saúde no momento, não usando nenhuma medicação atualmente, e não apresentando intolerância a nenhuma substância identificada.

Consciente dos grandes benefícios recebidos através desta organização, **abdico responsabilizar**, em qualquer instância judicial, a liderança desta Organização e do evento em todos os níveis, bem como a Igreja, o Pastor e a (s) Orientadora (s), por qualquer dano causado ou sofrido por minha filha decorrentes de acidentes imprevisíveis.

() Em caso de acidente, **autorizo** a Diretoria do Acampamento tomar decisão necessária para o restabelecimento da saúde da minha filha, junto à equipe médica, inclusive caso seja necessário intervenção cirúrgica em Hospital devidamente equipado..

() Em caso de acidente, **NÃO** autorizo a Diretoria do Acampamento tomar decisão necessária para o restabelecimento da saúde da minha filha, mesmo colocando em risco a sua vida. A diretoria deverá primeiramente entrar em contato com a família pelo telefone abaixo informado.

Telefone para contato em caso de urgência / emergência:

() _____ falar com _____ parentesco _____

() _____ falar com _____ parentesco _____

Peso da MR: _____ kg Tipo sanguíneo: _____

Convênio médico: _____

Nome Legível do responsável: _____

RG do responsável: _____

Data: _____/_____/_____

Observação:

Segue anexo cópia documento de identificação da minha filha:

() RG Nº _____ Órgão expedidor _____

() Certidão de Nascimento

() Outro _____