



ORDEM INTERNACIONAL DAS FILHAS DE JÓ

FORMULÁRIO PESSOAL DE SAÚDE

Evento para o qual as informações seguintes são pedidas: _____

Data da atividade: _____

As informações fornecidas nesse formulário serão usadas à discreção do Conselho Guardião do Bethel para assegurar que prudência e atenção sejam dispensadas à saúde da Filha do Bethel.

Nome: _____
(Primeiro) _____ (Último) _____

Data de Nascimento: _____
(Dia / Mês / Ano) _____

Endereço: _____
(Rua) _____

Altura: _____

Peso: _____

(Cidade) _____ (Estado / Província) _____ (CEP / Caixa Postal) _____

Pai: _____

Telefone: Casa (____) _____

Endereço: _____
(se diferente do acima) _____

Trabalho (____) _____

Mãe: _____

Telefone: Casa (____) _____

Endereço: _____
(se diferente do acima) _____

Trabalho (____) _____

Se Pais / Guardiões não estiverem disponíveis, em uma emergência, por favor notifique:

Nome: _____

Telefone: Casa (____) _____

Endereço: _____

Trabalho (____) _____

Relacionamento com a Filha: _____

Companhia Seguradora: _____ Apólice nº: _____

Médico da Família: _____ Telefone: (____) _____

Sua Filha sofre de alguma desordem física ou emocional que a impediriam de participar em atividades?

_____ Se sim, por favor, liste e explique: _____

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

Sua filha tem alguma reação alérgica a coisas como medicamentos, comida, picada de inseto, etc.? Se sim, por favor, liste fornecendo tipo de reação, tratamento administrado, etc.: _____

Sua filha já menstruou? _____ Se não, ela já foi orientada sobre isso? _____

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: _____

Data da última vacina de tétano: _____

Sua filha precisa de lentes corretivas? _____ Lentes de contato? _____

Nós, abaixo assinados, pais/guardiões de _____ autorizamos o Conselho Guardião do Bethel e/ ou responsáveis das Filhas de Jó do Bethel nº _____ a exercer supervisão de nossa filha durante o tempo em que ela estiver participando em um evento 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 no evento.

Além disso, nós autorizamos o Conselho Guardião do Bethel e/ou seus responsáveis a obter para nossa filha _____ qualquer auxílio médico emergencial que possa ser necessário como resultados de ferimentos recebidos durante a atividade mencionada, e concordamos em pagar todas 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.

Pai ou Guardião legal: _____

_____ Data

Mãe ou Guardiã legal: _____

_____ Data