



CNE



Corpo Nacional de Escutas

Escutismo Católico Português

NÚCLEO DE S. MIGUEL

Apartado 345 – 9501-904 PONTA DELGADA – Tel. 296 284 158 – www.cne-jnsm.com – cne_jnsm@sapo.pt



Circular n.º 23/2019

De: Secretaria de Núcleo Pedagógica – Departamento Projecto Educativo

Para: Direcção de Agrupamento e chefias das secções

2019-03-19

Assunto: Actividade de S. Jorge — fichas médicas

Conforme referido no Regulamento da actividade referida em epígrafe, espelhado na [Circular n.º 7/2019](#), de 6 de Fevereiro, e lembrado no Conselho de Núcleo do dia 16 de Março, as inscrições terminam no dia 31 de Março.

Para que nos possamos preparar com alimentos alternativos, apenas nos casos de alergia alimentar, e dotar as equipas de enfermagem/socorrismo com informação de saúde relevante dos participantes, solicita-se o envio, com a máxima brevidade possível, das fichas médicas, que se anexa, devidamente preenchidas e assinadas pelo pais / encarregados de educação.

Apela-se aos dirigentes das secções para a conferência minuciosa das fichas e alertar os pais / encarregados de educação no caso de informação incompleta ou não assinada.

O envio atempado das fichas médicas dos participantes é obrigatório e essencial para a participação na actividade. O seu envio é obrigação do Chefe do Agrupamento que assumirá a responsabilidade por sinistros resultantes da má ou ausência de informação clínica/saúde dos participantes.

Com uma forte canhota e votos de boa caça, boa pesca

SEMPRE ALERTA PARA SERVIR

A Secretária de Núcleo Pedagógica

(Cidália Maria Teixeira Ponte)



CORPO NACIONAL DE ESCUTAS
Ficha Individual de Saúde
Agrupamento: _____

Identificação

Nome: _____
Morada: _____
Localidade: _____ Telefone: _____
Naturalidade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
BI nº: _____ Arquivo de _____ De ____/____/____ Emitido em ____/____/____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____

Assistência

Beneficiário de: _____ nº _____ por parte de _____
--

Contacto em caso de necessidade

Nome: _____
Contactos: _____

Doenças/Afecções que tem:

Doença Cardíaca? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual? _____
Doença Pulmonar? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual? _____
Doença Gástrica/Intestinal? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual? _____
Doença Renal? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual? _____
Doença Sistema Nervoso? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual?: _____
Doença Infecciosa? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual? _____
Doença Sanguínea? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual? _____
Outras Doenças? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual? _____
Alergias? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual? _____

Toma medicamentos de forma crónica ou continuada?

Nome: _____ Dose: _____ Frequência: _____
Nome: _____ Dose: _____ Frequência: _____
Nome: _____ Dose: _____ Frequência: _____
Nome: _____ Dose: _____ Frequência: _____

____/____/____ O(A) Declarante