

<b>AUTORIZAÇÃO DE VIAGEM</b>		
NOME DO ALUNO		<b>FOTO 3X4</b>
TIPO DE DOCUMENTO, Nº DE IDENTIFICAÇÃO, ESTADO E PAÍS DE ORIGEM (ver texto EMBARQUE com detalhes e restrições)		
DATA DE NASCIMENTO	E-MAIL ALUNO	
ESCOLA		
NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL (pai, mãe, tutor, gestor etc)		
RG DO RESPONSÁVEL LEGAL	E-MAIL RESPONSÁVEL	FONE
RESIDENCIA DO ALUNO		
		CEP
DESTINO DA VIAGEM	DURANTE O PERÍODO DE: ----- /----- /----- A ----- /----- /-----	
PROFESSOR/ GUIA RESPONSÁVEL PELO ALUNO NA VIAGEM	TIPO DE DOCUMENTO, Nº DE IDENTIFICAÇÃO, ESTADO E PAÍS DE ORIGEM	
DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL		
OBS: ALUNOS COM MENOS DE DOZE ANOS DE IDADE: <b>RECONHECER OBRIGATORIAMENTE A FIRMA EM CARTÓRIO (AUTENTICIDADE OU SEMELHANÇA)</b>		

<b>DADOS GERAIS DO ALUNO PARA A VIAGEM</b>		
NOME DA MÃE, tutora, gestora etc		TELEFONE
NOME DO PAI, tutor, gestor etc		TELEFONE
CPF e Rg do responsável;		
SABE NADAR	TEM RESTRIÇÕES PARA ENTRAR NA AGUA	TEM RESTRIÇÕES PARA ALGUMA ATIVIDADE FISICA? CASO AFIRMATIVO INFORMAR QUAIS .
Qual o seguro saúde do aluno? Informe o telefone de emergência do seguro e o número de segurado. É opcional o envio da carteira de associado com ele ou com um responsável da escola.		

<b>DADOS MÉDICOS DO ALUNO PARA A VIAGEM</b>				
ALTURA	PESO ATUAL	TIPO SANGUÍNEO (A) (B) (AB) (O)	RH (+) (-)	NÃO SABE ( )
TEM ALGUMA DOENÇA CRÔNICA? QUAL?		TEM RESTRIÇÃO A ALGUM MEDICAMENTO? QUAL?		
ESTA SENDO MEDICADO ULTIMAMENTE? QUAL O MEDICAMENTO? NÃO ESQUEÇA DE ENVIAR-LO!				
TEM ALERGIA QUE NÃO SEJA RELACIONADA A MEDICAMENTOS? QUAL? E COMO , DE COSTUME O MÉDICO, PROCEDE?		Vacinas dentro do prazo de validade: Tétano ( ) Febre Amarela ( ) Hepatite ( ) Outras :		
COMO DEVE SER ADMINISTRADA A MEDICAÇÃO?		O ALUNO TEM ACOMPANHAMENTO MÉDICO?		

QUAL O NOME E TELEFONE DO MÉDICO PARA SER USADO EM CASO DE EMERGÊNCIA?

O ALUNO JÁ SOFREU ALGUMA CIRURGIA? QUAL?

**PESSOAS PARA CONTATO EM CASO DE EMERGÊNCIA**

Exceto o responsável que assina esta autorização

TELEFONE	NOME	PARENTESCO

**Caro pai ou responsável,**

- ⇒ *Por questões de competência e responsabilidade legal, os guias da UGGI estão autorizados a ministrar apenas medicamentos enviados pelos responsáveis legais do viajante, com autorização expressa por escrito e junto ao receituário médico. Envie os medicamentos com instruções de uso detalhadas, embalados em separado e com as datas e horários de aplicação para que a ação possa ser pertinente e efetiva.*
- ⇒ *Obrigatório portar documento original com foto.*
- ⇒ *Caso exista reunião de pais marcada pela escola entendemos que sua participação é muito importante para total conhecimento da atividade a ser desenvolvida.*
- *Não nos responsabilizamos por objetos de valor levados na viagem (jóias, relógios, máquinas fotográficas, celulares, rádios, cd-players, mp3, i-pod etc).*
- *É proibido levar objetos cortantes, bebidas alcoólicas e fumo.*

**ASSIST-CARD®****Condições gerais da assistência ao viajante**

**A UGGI escolheu a Assist Card para prestar assistência ao viajante durante o desenvolvimento das atividades de campo. As cláusulas de assistência prevêm as seguintes coberturas:**

- Os benefícios são válidos apenas para eventos ocorridos durante o desenvolvimento da viagem.
- Assistência médica por enfermidade ou acidente para procedimentos médicos no local e região do acidente. R\$ 10.000,00
- Medicamentos durante a viagem
- Gastos odontológicos durante a viagem
- Translado sanitário (translado em ambulância)
- Traslado ou repatriação funerária.

**Para maiores informações entre em contato diretamente com a Assist-Card do Brasil pelo tel 3218 8700 ou pelo e-mail [agencia-sp@assist-card.com.br](mailto:agencia-sp@assist-card.com.br).**

Declaro estar ciente das condições gerais desta viagem, cujo roteiro encontra-se a disposição na escola.

Autorizo, na eventualidade de assistência médica durante a viagem, a Assist-card a ressarcir diretamente a UGGI Educação Ambiental por despesas decorrentes deste atendimento.

Local, data e assinatura do responsável legal.