

AUTORIZAÇÃO DE VIAGEM

NOME DO ALUNO		
TIPO DE DOCUMENTO, Nº DE IDENTIFICAÇÃO, ESTADO E PAIS DE ORIGEM (ver texto EMBARQUE com detalhes e restrições)		
DATA DE NASCIMENTO	E-MAIL ALUNO	
ESCOLA		
DESTINO DA VIAGEM	DURANTE O PERÍODO DE: ----- / ----- / ----- A ----- / ----- / -----	
NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL (pai, mãe, tutor, gestor, etc)		
RG DO RESPONSÁVEL LEGAL	E-MAIL RESPONSÁVEL	FONE
RESIDÊNCIA DO ALUNO		
		CEP
DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL		

Considerando a nova redação do artigo 83 do Estatuto da Criança e do Adolescente (artigo 14 da Lei 13.812/2019 e artigo 83 da Lei 8.069/90).

“Nenhuma criança ou adolescente menor de 16 (dezesesseis) anos poderá viajar para fora da comarca onde reside DESACOMPANHADO DOS PAIS OU DOS RESPONSÁVEIS SEM QUE ESSE DOCUMENTO TENHA FIRMA RECONHECIDA POR UM DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS POR AUTENTICIDADE OU SEMELHANÇA.

DADOS GERAIS DO ALUNO PARA A VIAGEM

NOME DA MAE, 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 FÍSICA? 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.		

DADOS MÉDICOS DO ALUNO PARA A VIAGEM

ALTURA	PESO ATUAL	TIPO SANGÜÍNEO	RH	NÃO SABE ()
		(A) (B) (AB) (O)	(+) (-)	
TEM ALGUMA DOENÇA CRÔNICA? QUAL?		TEM RESTRIÇÃO A ALGUM MEDICAMENTO? QUAL?		
ESTÁ SENDO MEDICADO ULTIMAMENTE? QUAL O MEDICAMENTO? NÃO ESQUEÇA DE ENVIÁ -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 MEDICO?
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



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 preveem 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.

Declaro estar ciente das condições gerais desta viagem, cujo roteiro encontra se à 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