



# CONVENÇÃO BATISTA DO PARÁ

COMPROMISSO PERMANENTE DA COBAPA NO PARÁ



## REJUBAPA **25 a 28** **Total** de fevereiro de 2017

Regionais Metropolitanas I, II, III, Nordeste/Leste,  
Baixo Amazonas, Tocantina

### FICHA DE INSCRIÇÃO

Valor R\$ \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço do Retirante: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nome da Igreja: \_\_\_\_\_

Nome do Pastor: \_\_\_\_\_ Tel. Pastor ( ) \_\_\_\_\_

E-mail do Pastor: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pastor

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Retirante

#### TERMO DE AUTORIZAÇÃO E CO-RESPONSABILIDADE

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o \_\_\_\_\_, a participar do Rejubapa Total 2017 a se realizar no período de 25 a 28 de fevereiro de 2017. Ao mesmo tempo em que me responsabilizo por todas as informações aqui prestadas, assim como na sua participação, estando com isso ciente da programação, atividades e objetivos a que ela se destina.

\_\_\_\_\_ - PA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pai ou Responsável.

#### Esta parte ficará com a equipe médica do Retiro para controle.

Preocupados com o bem estar de todos e com o aprimoramento das nossas atividades pedimos por gentileza responder o questionário abaixo.

Nome: \_\_\_\_\_ Igreja: \_\_\_\_\_

1. Tipo Sangüíneo: \_\_\_\_\_ Fator Rh : \_\_\_\_\_

2. Documento de entidade: \_\_\_\_\_

3. Seu(ua) filho(a) toma ou está tomando algum tipo de remédio controlado? ( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_

4. É portador de alguma doença que requeira cuidados especiais? ( ) Sim ( ) Não. Qual ? \_\_\_\_\_

5. É alérgico a picada de insetos? ( ) Sim ( ) Não.

6. Sabe nadar? ( ) Sim ( ) Não..

7. Possui plano de Assistência Médica? ( ) Sim ( ) Não. Em caso positivo anexar cópia da Carteira

8. Sofre de algum problema respiratório, cardíaco, estomacal e outros? ( ) Sim ( ) Não?

9. É alérgico a algum tipo de medicamento? ( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_

10. Já sofreu algum tipo de fratura? ( ) Sim ( ) Não. Aonde? \_\_\_\_\_