



## JOVENS COM UMA MISSÃO PONTA GROSSA X-TREME TREKKING MISSION

Formulário de Inscrição

### Jocum Ponta Grossa

Rua José Salles Rosa, 42 Parque Tarobá  
CEP 84032-340 – Ponta Grossa-PR  
Fone/Fax: (42) 3226- 4143  
E-mail: [jocumponta@terra.com.br](mailto:jocumponta@terra.com.br)  
Website: [www.jocumponta.com.br](http://www.jocumponta.com.br)

*Cole aqui sua  
foto 3x4*

#### Informações Gerais:

Preencher com letra legível

Depois de preenchida, enviar essa ficha de inscrição, pelo correio, ao endereço citado **acima** de Jocum Ponta Grossa **para:** Angie e Osvaldo Santos.

Assinar o termo de responsabilidade e reconhecer firma.

**IMPORTANTE: Não serão aceitos formulários de inscrição sem o reconhecimento e registro da assinatura dos pais ou responsáveis em cartório.**

#### DADOS PESSOAIS

Nome:			Data Nascimento:
Endereço:			Número:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fone:	E-mail:		
Sexo:	RG:	UF:	CPF:

#### REPRESENTANTE LEGAL (SE O PARTICIPANTE FOR MENOR DE IDADE):

Nome:			RG:
UF:	CPF:	Parentesco:	Número:
Cidade:	Fone:		Celular:

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

##### O que levar para o X-Treme:

- ✓ Duas mudas de roupa para calor e **frio** (lembrando que a Região Sul é uma das mais frias);
- ✓ Tênis;
- ✓ Agasalho (esses 3 primeiros itens devem ser preferencialmente velhos e confortáveis para caminhada);
- ✓ Boné ou chapéu, gorro;
- ✓ Protetor solar;
- ✓ Repelente;
- ✓ Lanterna pequena e pilhas extras;
- ✓ Pelo menos 4 barras de cereais;
- ✓ Cantil ou garrafa para água;
- ✓ Saco de dormir ou colchonete e cobertor finos;
- ✓ Barraca individual ou coletiva (para grupo de participantes);
- ✓ Mochila para acondicionar todo esse material;

##### O que NÃO LEVAR para o X-treme:

Óculos escuro, câmara fotográfica, relógio, celular e outros objetos que possam ser danificados.

#### FICHA MÉDICA:

1 - Atualmente, você tem tomado medicamentos (receitados ou não por um[a] médico[a])?

S ( ) N ( )

Se a resposta for positiva, especifique os tipos e as quantidades que você está tomando:

2 - Você é alérgico (a) a algum tipo de medicamento?

S ( ) N ( )

Se a resposta for positiva, especifique qual:

3 - Por favor, relate quaisquer outras alergias que você tenha (comidas, rinite alérgica, pólen, poeira) e se você se submete ou se submeteu a algum tipo de tratamento relacionado a elas:

4 - Você fez tratamento médico de alguma doença nos últimos 3 anos?

S ( ) N ( )

Se a resposta for positiva, por favor, descreva-o:

5 - Você tem tido ou foi diagnosticado como tendo alguns dos seguintes sintomas abaixo? Por favor, assinale:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Falta de ar                            | <input type="checkbox"/> Perda de audição                  |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia                            | <input type="checkbox"/> Sangue na urina                   |
| <input type="checkbox"/> Náusea/Vômitos                         | <input type="checkbox"/> Sangue nas fezes                  |
| <input type="checkbox"/> Dores de Cabeça                        | <input type="checkbox"/> Dor no peito                      |
| <input type="checkbox"/> Tonturas                               | <input type="checkbox"/> Mononucleose                      |
| <input type="checkbox"/> Visão turva                            | <input type="checkbox"/> Hipertireoidismo                  |
| <input type="checkbox"/> Pressão Alta                           | <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo                   |
| <input type="checkbox"/> Pressão Baixa                          | <input type="checkbox"/> Tuberculose                       |
| <input type="checkbox"/> Palpitações                            | <input type="checkbox"/> Dormência dos braços e das pernas |
| <input type="checkbox"/> Hepatite. Se Sim, de qual tipo? _____. |  |

6 - Você sofreu alguma cirurgia nos últimos três anos?

S ( ) N ( )

Se a resposta for positiva, por favor, especifique:

7 - Se você for do sexo feminino, existe alguma chance de você estar grávida?

S ( ) N ( )

8 - Você usa óculos ou lentes de contato?

S ( ) N ( )

9 - Sabe NADAR?

S ( ) N ( )

10 - Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_

11 - Existe alguma outra informação pertinente à sua saúde que nós deveríamos saber?

S ( ) N ( )

Se a resposta for positiva, por favor, especifique:

12 - Nome de seu Plano de Saúde (por favor, anexar uma cópia autenticada dos cartões de credenciamento):

13 - Em caso de emergência avisar:

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

RG: \_\_\_\_\_, UF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Tel. Res.: \_\_\_\_\_ Tel. Coml.: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, acima identificado (participante ou seu representante legal), por este documento e, em consideração à minha admissão como participante do X-Treme Trekking Mission, reconheço, entendo e concordo que:

1. O X-Treme Trekking Mission é uma atividade de cunho eminentemente espiritual, que visa o aperfeiçoamento do caráter dos participantes em situações de pressão, de condições adversas e de ambiente inóspito, bem como, almeja momentos de comunhão, intercessão por países em que a Igreja é perseguida e adoração a Deus. Essa atividade, portanto, não é uma prestação de serviços, não estando, assim, sujeita às normas de relação de consumo e nem às normas e qualificações técnicas inerentes à prática de esportes radicais no ramo do turismo de aventura;
2. Minha inscrição para o X-Treme se dá por minha livre e espontânea vontade, na qualidade de participante, assistido ou representado pelo responsável acima identificado;
3. Existem riscos de acidentes nas atividades desenvolvidas no X-Treme inerentes a qualquer atividade desenvolvida em acampamento;
4. EU RECONHEÇO E ASSUMO LIVREMENTE TODOS OS RISCOS, CONHECIDOS OU NÃO, E ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA PARTICIPAÇÃO;
5. Como participante, comprometo-me a respeitar as normas internas e as orientações dos obreiros, assumindo toda e qualquer consequência de meus atos, no período de duração do X-Treme e naqueles relacionados, que o antecedem e o sucedem;
6. O respeito à natureza, em todas as suas formas, e o respeito a terceiros, tanto física como moralmente, sejam eles participantes, assistentes, organizadores ou demais pessoas ou bens, é fundamental para que o X-Treme alcance seus objetivos espirituais, didáticos, esportivos e sociais. Reconheço essas prioridades e me comprometo, também, a respeitá-las totalmente, assumindo a responsabilidade por qualquer dano material ou moral que eu venha a causar;
7. Comprometo-me, quando eu observar qualquer perigo durante minha participação no X-Treme, a informar ao obreiro mais próximo, o mais rápido possível;
8. Eu isento e desobriço a organização do X-Treme, seus obreiros e voluntários, ou qualquer outra pessoa envolvida no evento, sob qualquer vínculo e, se aplicável, os proprietários de locais usados para a realização do mesmo, de qualquer responsabilidade legal, NO QUE DIZ RESPEITO A TODA E QUALQUER PERDA OU DANO, PESSOAL OU MATERIAL, sofridos durante a realização do X-Treme;
9. Eu atesto que estou apto a participar desse evento, conforme descrito na minha **ficha médica** acima preenchida, cujas informações prestadas eu DECLARO que são verdadeiras e assumo a responsabilidade por sua exatidão.
10. Tenho conhecimento e aceito que aos organizadores cabe o direito de adiar, cancelar ou modificar o evento. Aceito ainda que, nenhum reembolso será requerido por mim, por cancelamento do evento, por minha desistência ou exclusão;
11. Concedo permissão para qualquer tratamento de emergência, que se fizer necessário em caso de acidente ou doença, em que eu me encontre inconsciente ou incapaz de aprovar o tratamento médico requerido;
12. **SOBRE O USO DA IMAGEM:** Os participantes e seus representantes legais aceitam, incondicionalmente, serem divulgadas, por meio de fotos, filmes e entrevistas, com veiculação em rádios, jornais, revistas, televisão e demais mídias, para fins informativos, promocionais ou publicitários pertinentes ao X-Treme, sem acarretar ônus à organização, aos patrocinadores ou aos próprios meios de comunicação.
13. Jocum Ponta Grossa se reserva o direito de não aceitar a inscrição ou excluir o participante que não atenda às condições, às exigências e às orientações, tanto escritas, quanto verbais, da equipe organizadora do X-Treme.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

LOCAL

DATA

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante legal: \_\_\_\_\_  
(COM FIRMA RECONHECIDA)

Testemunha (nome e assinatura): \_\_\_\_\_

Testemunha (nome e assinatura): \_\_\_\_\_



