



VII OLIMPIADA LATINO AMERICANA DE ASTRONOMIA E ASTRONÁUTICA - VII OLAA

Prof. Dr. João Batista Garcia Canalle – Presidente
Instituto de Física – Universidade do Estado do Rio de Janeiro- UERJ
Rua São Francisco Xavier, 524/3023-D, Maracanã,
20550-900 Rio de Janeiro – RJ, Brasil
Tel/fax (55 21) 2234-0082, Cel. (55 21) 98272-3810, Tel. (55 21) 4104-4047
Res. (55 21) 2258-0586
E-mail: joaocanalle@gmail.com, skype: joaocanalle

INFORME 5 – 07/09/15

FORMULÁRIO MÉDICO

A Comissão Organizadora da VII OLAA, baseada em sua longa experiência na organização de eventos, solicitam a todos os alunos, professores e observadores, que preencham o FORMULÁRIO MÉDICO **em anexo**. Estas informações são de extrema importância para uma eventual emergência médica. **Assim sendo, TODOS PARTICIPANTES DA VII OLAA estão obrigados a preencher este formulário e nos enviar uma imagem ANTES de 27 de setembro de 2015, mas devem trazer os originais.**

FORMULÁRIO DE HOSPEDAGEM PARA MENORES DE IDADE NO BRASIL

As leis brasileiras exigem que os hotéis só hospedem pessoas menores de idade desacompanhados dos pais se estiverem com uma autorização dos pais. Um modelo desta autorização está **em anexo**. Lamentamos muito os inconvenientes que esta exigência possa causar, porém, sem esta autorização, os hotéis estão proibidos de aceitar menores de idade como hóspedes. **Assim sendo, TODOS PARTICIPANTES DA VII OLAA, menores de idade, estão obrigados a preencher este formulário e nos enviar uma imagem dele ANTES de 27 de setembro de 2015, mas devem trazer os originais em duas cópias, pois cada hotel permanecerá com uma cópia!**

FORMULÁRIO DE VIAGEM INTERNACIONAL DE MENORES DE IDADE.

Para menores de idade saírem do Brasil, desacompanhados dos pais, é preciso uma autorização dos pais. Provavelmente uma exigência similar pode ser necessária nos países que participarão da VII OLAA. Assim sendo, recomendamos que se informem com as autoridades de seus países, previamente, quais

documentos são necessários para que seus alunos, menores de idade, venham para o Brasil. **Em anexo** segue, como sugestão, um modelo da autorização usada no Brasil quando enviamos nossos alunos para outros países. Algo similar pode ser necessário em seu país.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, reading "João Batista Garcia Canalle". The signature is written in a cursive style with a large initial 'J'.

Dr. João Batista Garcia Canalle
Presidente da VII OLAA

FORMULARIO MÉDICO (PARA ALUMNOS Y PROFESORES)

(USE LETRA DE IMPRENTA)

Nombre: Fecha de Nacimiento:

Sexo: () Masculino () Femenino Edad:

Grupo sanguíneo: Factor RH:

En caso de emergencias médicas, ¿quién debe ser contactado?

Teléfono de su casa: () Teléfono celular ()

¿Tiene plan de salud? ¿Cual?

Número de identificación: Nombre del Titular del plan:

Nombre del Médico Privado: Teléfonos ()

ANTECEDENTES PERSONALES

Ponga una "X" si tiene o has tenido alguna de las siguientes patologías:

Síntoma	TIENE	HAS TENIDO	Síntoma	TIENE	HAS TENIDO	Síntoma	TIENE	HAS TENIDO
Alergia	Mareos	.....	.....	Dificultad para respirar	.....	.....
Asma	Convulsión	.....	.....	Dolor de cabeza frecuente	.....	.....
Bronquitis	Agotamiento nervioso	.....	.....	Epilepsia	.....	.....
Neumonía	Palpitaciones	.....	.....	Desmayos	.....	.....
Resfriados frecuentes	Usa anteojos	.....	.....	Sífilis	.....	.....
Rinitis Alérgica	Nerviosismo	.....	.....	Cáncer o Tumor	.....	.....
Sinusitis	Hepatitis	.....	.....	Enfermedad renal	.....	.....
Enfermedad en los oídos	Úlcera péptica	.....	.....	Fracturas	.....	.....
Enfermedades del corazón	Enfermedad de Chagas	.....	.....	Dolor de Espalda	.....	.....
Aumento del colesterol	Malaria	.....	.....	Reumatismo	.....	.....
Problemas de presión arterial	Anemia	.....	.....	Tuberculosis	.....	.....
Diabetes	Hemorragias	.....	.....	Envenenamientos	.....	.....

Conteste el cuestionario:

- ¿Usted está haciendo algún tratamiento? Cual(es).....
- ¿Con cual profesional?
- ¿Tomas algún medicamento? ¿Cual(es)?
- ¿Has hecho alguna cirugía(s)? ¿Cual(es)?.....
- ¿Haces uso de tranquilizantes? ¿Cual(es)?.....
- ¿Es usted alérgico a algún medicamento y/o alimentos? ¿Cual(es)?
- ¿Há sufrido alguna lesión que lo mantuvo lejos de sus actividades normales? ¿Cual fue la lesión?
- ¿Por cuánto tiempo se quedó lejos?.....
- ¿Hace uso de alcohol?
- ¿Hace uso de humo?.....

Las informaciones contenidas en este cuestionario son confidenciales. La realización correcta de este cuestionario será fundamental para que usted tenga un buen servicio en casos de emergencias

Firma

Autorización de Hospedaje Nacional

para Menores no acompañados

(Resolución del Consejo Nacional de Justicia n° 74, de 28/04/2009)

Yo, _____, portador (a) de la
Cédula de Identidad n° _____,
residente en _____, en la ciudad de

_____, UF: _____, número de teléfono (____)
_____, en calidad de () PADRE () MADRE () TUTOR(A) () GUARDIÁN

y _____ portador (a) de la Cédula de
Identidad n° _____,
residente en _____, en la ciudad de

_____, UF: _____, número de teléfono (____)
_____, en calidad de () PADRE () MADRE () TUTOR(A) () GUARDIÁN,

AUTORIZO(AMOS) que el(la) menor _____
_____, nacido(a) en
____/____/____, sexo: () masculino () femenino, natural de _____,

Identidad n° _____, a quedarse no acompañado en el Mengo Palace Hotel,
Rua Corrêa Dutra, 31 - Flamengo, Rio de Janeiro - RJ, 22210-050, Telefone: + 55 21 3262-1616 ou em

Hotel Fazenda Ribeirão, Rodovia BR 393, (Rodovia Lúcio Meira), km, 247, Barra do Pirá, RJ, Brasil, en
el período de 26/09/2015 a 10/10/2015, en la compañía de

_____, portador(a) de la Identidad n°
_____, residente en

_____, em la ciudad
de _____, UF: _____.

Local/Fecha: _____, _____ de _____ de 2014.

Firma(s): 1) _____
(padre)

2) _____
(madre)

- Reconocer firmas notariadas por duplicado **de la autenticidad**

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE VIAJE INTERNACIONAL PARA MENORES DE EDAD

(Valido hasta ____/____/2015)

Yo, _____ portador (a) de la cédula de
identidad/passaporte n° _____, emitido por _____, fecha de
expedición: ____/____/____, residente en _____, en la
ciudad de _____, Provincia: _____, teléfono de contacto:
(____) _____, en calidad de PADRE(), MADRE(), TUTOR (A) (), GUARDIÁN () y
_____ portador (a) de la cédula de
identidad/passaporte n° _____, emitido por _____, fecha de
expedición: ____/____/____, residente en _____, en la
ciudad de _____, Provincia: _____, teléfono de contacto:
(____) _____, en calidad de PADRE(), MADRE(), TUTOR (A) (), GUARDIÁN (), **AUTORIZO
(AMOS)** que el (la) menor de
edad, _____
_____, nacido (a) en ____/____/____, sexo: _____, viaje con destino al exterior, en
compañía de _____, portador de passaporte n°:
_____, emitido por _____, fecha de expedición: ____/____/____, residente en
_____, en la ciudad de _____ UF _____.

OBSERVACIÓN: A menos que expresamente consagrado, este documento no está autorizado para asegurar la
residencia permanente en el extranjero

Lugar/Fecha: _____ de _____ de _____.

Suscripciones (s): 1) _____

2) _____