



<https://lions.org.br/campcapivara>

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO: CAMP CAPIVARA 2026

Programa de Educação em Diabetes e Promoção da Autonomia Distrito LD-1 –
Lions Clubs International

1. DADOS DO PARTICIPANTE (JOVEM)

- Nome Completo:

- Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____

- Sexo: () M () F () Outro

- Endereço:

- Cidade: _____ CEP: _____

- WhatsApp / E-mail: _____

2. DADOS DOS RESPONSÁVEIS

- Nome do Responsável Legal:

- Parentesco: _____ CPF: _____

- Telefone/WhatsApp: (____) _____ E-mail: _____

3. PERFIL CLÍNICO (DIABETES)

- Tipo de Diabetes: () Tipo 1 (DM1) () Outro: _____
- Data do Diagnóstico: ____ / ____ / ____
- Médico Assistente: _____ CRM: _____
- Unidade de Saúde/Hospital: _____
- Usa Insulina? () Sim () Não Qual/Quais? _____

- Método de Aplicação: () Caneta () Seringa () Bomba de Infusão
- Frequência de Monitorização Glicêmica (por dia): _____
- Alergias ou Outras Condições de Saúde: _____

4. TRIAGEM SOCIOECONÓMICA (PARA O CLUBE)

- Lions Clube Padrinho: _____
- Renda Familiar Total Mensal (R\$): _____
- Custo Médio Mensal com o Tratamento (R\$): _____
- O jovem já participou de algum acampamento de diabetes?
() Sim () Não

5. TERMO DE RESPONSABILIDADE E VERACIDADE

Declaro que as informações acima são verdadeiras e estou ciente de que a inscrição passará por uma análise técnica da coordenação do Distrito LD-1. Comprometo-me a enviar a Receita Médica Atualizada em anexo a este formulário.

Local e Data: _____, ____ de _____ de 2026.

Assinatura do Responsável Legal: _____