

ESCOLA DE ARTES INSTITUTO UNIMED-BH – 2024
TERMO E AUTORIZAÇÃO DO ALUNO/RESPONSÁVEL LEGAL

DADOS DO(A) ALUNO(A)		
NOME COMPLETO		
CADASTRO	() REMATRÍCULA (aluno frequente no ano anterior) () MATRÍCULA (novo aluno)	
DATA DE NASCIMENTO/IDADE	____/____/____ ANOS	
PERFIL	() MAIOR de 18 anos () MENOR de 18 anos	
MODALIDADE <i>Marque todas as modalidades que o aluno participa.</i>	Lembrando que para participar de 2 modalidades de dança estará sujeito a análise do conselho de classe. () BALÉ () JAZZ () DANÇAS URBANAS () PERCUSSÃO	
Nº DA IDENTIDADE		
CERTIDÃO DE NASCIMENTO <i>É obrigatório informar apenas para alunos que não tiverem identidade. No caso de certidões de nascimento mais recentes há apenas o número.</i>	NÚMERO: _____ LIVRO: _____ FOLHA: _____ TERMO: _____	
QUESTIONÁRIO/TERMO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA		
<i>RESPONDA QUANTO A SAÚDE DO ALUNO</i>		
Em conformidade com a Lei nº 11.111, de 20 de março de 2017, este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação médica antes do início da atividade física. Caso você responda "sim" a uma ou mais perguntas, converse com seu médico ANTES de aumentar seu nível atual de atividade física. Mencione este questionário e as perguntas às quais você respondeu "sim". Por favor, assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:		
	MARQUE UM "X" EM "SIM" OU "NÃO"	
	SIM	NÃO
1) Algum médico já disse que o aluno tem algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?		
2) O aluno sente dores no peito quando pratica atividade física?		
3) No último mês, o aluno sentiu dores no peito quando praticava atividade física?		
4) O aluno apresenta desequilíbrio devido a tontura e/ou perda de consciência?		
5) O aluno tem algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?		
6) O aluno toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?		
7) Sabe de alguma outra razão pela qual o aluno não deve praticar atividade física?		
O aluno tem alguma alergia ?	() Não () Sim. Se sim, qual? _____	
O aluno toma algum medicamento regularmente?	() Não () Sim. Se sim, qual? _____	
O aluno tem alguma deficiência/necessidade especial?	() Não () Sim. Se sim, qual? _____	
O aluno já fez alguma cirurgia?	() Não () Sim. Se sim, qual? _____	
Relate aqui alguma outra informação sobre a saúde do aluno que considere relevante:		
DADOS DO PAI/MÃE/RESPONSÁVEL LEGAL		
<i>(PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS ALUNOS)</i>		
NOME COMPLETO		
IDENTIDADE		
CPF		
GRAU DE PARENTESCO COM O ALUNO	() Pai () Mãe () Outro* Quem? _____ <i>*Em caso de guarda judicial do aluno menor de 18 anos, o responsável legal deverá anexar uma cópia do termo de guarda neste termo.</i>	
AUTORIZAÇÃO – EM CASO DE AULAS/ATIVIDADES PRESENCIAIS O ALUNO ESTÁ AUTORIZADO A RETORNAR PARA CASA:		
<i>(PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS ALUNOS MENORES DE 18 ANOS) Considerando o ponto de chegada o local de realização das aulas</i>		
() Sozinho(a) () Eu, responsável legal pelo aluno, vou buscá-lo () Outro. Quem? _____		

ESCOLA DE ARTES INSTITUTO UNIMED-BH – 2024
TERMO E AUTORIZAÇÃO DO ALUNO/RESPONSÁVEL LEGAL

1 - AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO

Eu, abaixo identificado, **sendo aluno maior de 18 anos ou responsável legal pelo aluno menor de 18 anos**, declaro que tenho conhecimento do Regulamento disponibilizado pelo Instituto Unimed-BH, via WhatsApp e site do Instituto Unimed-BH (www.institutounimedbh.com.br), o qual deverá ser lido e aceito em todos os seus termos para que o aluno possa participar do Projeto.

Ainda, o aluno maior de 18 anos ou responsável legal pelo aluno menor de 18 anos, **ao assinar este termo, concorda com os termos do Regulamento e confirma/autoriza sua participação no curso indicado no link de cadastro**, estando de acordo com o cronograma de aulas anexo do regulamento.

Ao assinar este termo concorda que a participação nas aulas **presenciais ou online** devem seguir as regras de no mínimo 75% de frequência mensal, para ser certificado.

2 – TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

O aluno maior de 18 anos ou responsável legal pelo aluno menor de 18 anos, está ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar o nível atual de atividade física, e principalmente, caso tenha respondido "sim" a uma ou mais perguntas do Questionário de Prontidão para Atividade Física disponibilizado neste termo para preenchimento.

Ainda, afirmo que não há qualquer restrição clínica para prática de atividades físicas, bem como assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

3 - AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ

Eu, acima identificado, aluno maior de 18 anos AUTORIZO a utilização de minha imagem e voz, de forma gratuita e universal pela **Unimed-BH, o Instituto Unimed-BH, a Associação Cultural Arautos do Gueto, o Grupo de Dança Camaleão, a Coreto Cultural, a Escola Municipal Hugo Werneck e demais parceiros do projeto**, para divulgação das atividades do Projeto por um período de 10 (dez) anos a partir da data de assinatura deste Regulamento.

Eu, acima identificado, responsável legal pelo aluno menor de 18 anos, AUTORIZO a utilização de sua imagem e voz, de forma gratuita e universal pela **Unimed-BH, o Instituto Unimed-BH, a Associação Cultural Arautos do Gueto, o Grupo de Dança Camaleão, a Coreto Cultural, a Escola Municipal Hugo Werneck e demais parceiros do projeto**, para divulgação das atividades do Projeto por um período de 10 (dez) anos a partir da data de assinatura deste Regulamento.

4 - LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

No desenvolvimento de quaisquer atividades relacionadas à execução deste Projeto, o IUBH observará rigorosamente o regime legal da proteção de dados pessoais, empenhando-se em proceder a todo o tratamento de dados pessoais que venha a mostrar-se necessário no estrito e rigoroso cumprimento da Lei nº 13.709/2018, eventuais alterações e regulamentações, assegurando que seus colaboradores, prepostos, consultores, sub contratados e/ou prestadores de serviços também cumpram as disposições legais aplicáveis.

Eu, aluno maior de 18 (dezoito) anos ou responsável legal pelo aluno menor de 18 (dezoito) anos, reconheço que para participação das aulas **presenciais/online**, será necessária a utilização WhatsApp, Instagram, e-mails e aplicativos como Teams, Zoom e Meet, os quais possuem suas próprias políticas de dados, não sendo o **Instituto Unimed-BH, o Grupo Cultural Arautos do Gueto e o Grupo de Dança Camaleão** responsáveis por quaisquer vazamentos e ou compartilhamento/troca de dados com esses aplicativos.

As **PARTES** ajustam que caso seja necessária a troca de dados pessoais para a execução dos serviços objeto do presente instrumento, somente serão fornecidos os dados estritamente necessários para o bom cumprimento deste Contrato, sendo que caso a legislação exija consentimento para o tratamento e troca de informações, a(s) **PARTE(S)** responsável(eis) deverá(ão) obter termo de consentimento claro, específico, prévio e escrito do titular dos dados e/ou de seu representante legal.

Declaro, ainda, a veracidade dos dados preenchidos neste documento e no site do **Instituto Unimed-BH** e que estou ciente e de acordo com os Termo/Regulamento do Projeto Escola de Artes Instituto Unimed-BH, me comprometendo desde já a cumpri-lo.

CONCORDO que os e-mails, redes sociais, telefone, WhatsApp cadastrados no link de cadastro, poderão ser usados para comunicação sobre o projeto e outras ações pela Unimed-BH, o Instituto Unimed-BH, a Associação Arautos do Gueto, o Grupo de Dança Camaleão, a Coreto Cultural, a Escola Municipal Hugo Werneck e demais parceiros do projeto.

Por estar plenamente de acordo, firmo o presente Termo de Autorização em 02 (duas) vias de igual conteúdo e forma.

Eu, abaixo identificado, declaro ao Instituto Unimed-BH, inscrito no CNPJ nº 05.935.357/0001-85, ser o responsável legal do(a) aluno(a) qualificado(a) no início deste documento, participante do Projeto, e ratifico minha concordância com as cominações do presente Termo e o Regulamento do Projeto.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2024.

ASSINATURA DO **ALUNO** (maior de 18 anos): _____

ASSINATURA DO **RESPONSÁVEL LEGAL**: _____

ANEXAR **CÓPIA DA IDENTIDADE DO ALUNO** (PREFERENCIALMENTE) OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO, **CÓPIA DA IDENTIDADE DO RESPONSÁVEL LEGAL** (PARA ALUNOS MENORES DE 18 ANOS),

DECLARAÇÃO/COMPROVANTE DE QUE O ALUNO ESTÁ DEVIDAMENTE MATRICULADO EM ESCOLA REGULAR NO ANO VIGENTE (EXCETO ALUNOS QUE JÁ CONCLUÍRAM O ENSINO MÉDIO). PODERÁ SER SOLICITADO ATESTADO MÉDICO DO ALUNO.