PLANO DE SEGURANÇA PARA ATIVIDADES ESCOTEIRAS

1. **Tipo de atividade:**
2. **Data da Atividade:**
3. **Nome da atividade:**
4. **Local da atividade:**

   _____

5. **(Possui) Mapa de acesso/coordenadas?** (Link do Google StreetView)

   _____

6. **Meio(s) de transporte:**

   _____

7. **Rede de telefonia celular (4G), existente no local? (__) NÃO (__) SIM**

   - Operadora(s):

   ___

   6.1. Caso não haja rede de telefonia disponível, existem Radioamadores presentes na atividade? Se sim, informar o Indicativo e tipo de equipamento disponível.
8. **Escotista/Dirigente Coordenador:**

   _____

9. **Número de participantes total:_____ duração da atividade:**
10. **Utilize a listagem abaixo completando todas as lacunas sobre o número de participantes e condições do seu evento:**

NÚMERO DE PARTICIPANTES:					
Alcateia	Tropa Escoteira	Tropa Sênior/Guia	Clã Pioneiro	Dirigentes	Comissão de Pais

EXISTE LOCAL APROPRIADO PARA REALIZAR A ATIVIDADE EXTERNA A SEÇÃO:					
Alcateia	Tropa Escoteira	Tropa Sênior/Guia	Clã Pioneiro	Dirigentes / escotistas	Comissão De Pais

11. Em caso de emergência, há local apropriado coberto para comportar todo este número de pessoas: (__) SIM (_) NÃO

12. Telefone de contato do local:

13. Telefone de contato do apoio:

14. Entidades de segurança civil e saúde foram avisadas sobre a data e local de atividade: (_) SIM (_) NÃO

Ps.: Ofícios para autoridades precisam ser entregues pessoalmente e protocolados!

15. Em caso de emergência, o local disponibiliza escapes de saída? ( ) SIM (__) NÃO

16. Quais os planos de ação caso necessário:

17. _Material de primeiros socorros:

18. Existem adultos capacitados para os primeiros socorros? ( )SIM (_)NÃO

19. Equipamentos de extrema necessidade:

20. Há necessidade que seja passado informações do local para os participantes?

(___) SIM (__) NÃO

21. Foi informado os responsáveis das crianças e jovens? (__)SIM (__)NÃO

22. Planejamento em saúde

O Responsável deverá possuir a ficha médica de todos os participantes !

21.1- Rotas de emergência

UNIDADE DE SAÚDE DE EMERGÊNCIA MAIS PRÓXIMA: **NOME DO HOSPTAL**

Endereço	
Distância	
Meio de transporte	
Abrangência de atendimento	

Obs.: **Caso o Hospital mais próximo fique a mais de 10km do local da atividade, verificar a POSSIBILIDADE de solicitar uma ambulância, em casos de impossibilidade, fortatlecer plano de ação e de contigência**

CROQUI:

**** croqui do trajeto: mapa com indicação de distância entre atividade e Unidade de Saúde**

___UNIDADE DE SAÚDE DE EMERGÊNCIA MAIS PRÓXIMA EM CASO DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS : **nome do hospital**

Endereço	
Distância	
Meio de transporte	
Abrangência de atendimento	

CROQUI:

*** croqui do trajeto: mapa com indicação de distância entre atividade e Unidade de Saúde**

23. Haverá carros de apoio? (___)SIM (___)NÃO – Quantos?

24. Haverá outros frequentadores no local? (___)SIM (__)NÃO

25. Há atividades aquáticas programadas? (___)SIM (__)NÃO

Caso positivo avalie os 6 itens abaixo:

1. Os adultos que aplicarão a atividade estão capacitados para aplicá-la com segurança? (___)SIM (___)NÃO

2. Existe pessoa capacitada para atuar como salva-vidas? (___)SIM (___)NÃO

3. Existe colete salva-vidas adequado para todos envolvidos nas atividades, considerando peso e tamanho dos participantes e validade do equipamento? (____)SIM (____)NÃO (____)NÃO APLICA

4. Os participantes da atividade sabem nadar? (____)SIM (____)NÃO

5. Foram avaliados locais de risco com os responsáveis ou proprietários do local? (____)SIM (____)NÃO

6. Existe acesso de meios de transporte ao local em caso de necessidade de resgate? (____)SIM (____)NÃO

Equipe de Salvamento e Resgate

NOME	**QUALIFICAÇÃO**	**FUNÇÃO**

___ Indicar pelo menos 1 para 6 ou fração que estarão na água durante a

atividade

26. Como será a alimentação?

(__) CONTRATADA (___) FEITA PELOS PARTICIPANTES (___) FEITA POR UMA EQUIPE

27. Existe local adequado para armazenar alimentos perecíveis? (__)SIM (___)NÃO

28. Existe água potável suficiente no local? (__)SIM (___)NÃO

Caso negativo, como será providenciada?

29. Plano de contingência operacional

LOCAL/ATIVIDADE	POSSÍVEIS RISCOS/ GRAU DE RISCO	Equipe resp.	Plano de ação	AÇÃO CORRETIVA	RESPONS.
Rodovia: JORNADA	*Atropelamento : Médio*	*Infraestrutura*	*Orientação sobre o sistema viário no local, como andar e proceder em rodovia, carro de apoio antes e depoisd a fila*	*Em caso de acidente, isolar o local, chamar o Samu ou bomberos, determinar distância de segurança para transeutes, carros e jovens que estão na atividade.*	Coordenação da atividade, equipe de saúde médica

Local/atividade: especificar qual atividade a que se refere
Possiveis Riscos/ grau: colocar risco identificado e nivel (baixo, médio, alto, muito alto)
Plano de ação: o que ser ´feito pela equipe para que não ocorra o risco (antes)
Ação corretiva: o que será feito pela equipe caso ocorra mesmo com o plano de ação (depois)
Responsáveis em caso de acidente

30. Informações adicionais:

31. Fotos do local

(Alojamento, local de atividades, portões de entrada e saída, refeitório, enfermaria, etc...)

VISITA TÉCNICA REALIZAD **DATA :**

TERMO DE COMPROMISSO DO COORDENADOR DA ATIVIDADE

São tarefas e responsabilidade do chefe coordenador da atividade:

- Entregar o Plano de segurança e Contingência com **45** dias de antecedência; Programação detalhada da atividade com **25** dias de antecedência.
- Lançar atividade no paxtu, inserir participantes, resumo da programação e este plano de segurança em PDF.
- Solicitar ao responsável pelo almoxarifado a lista de material.
- Solicitar atualização das fichas médicas de todos os participantes.
- Iniciar recebimento de Autorização + ficha médicas atualizadas .
- Reforçar a necessidade de estarem com situação regularizada com o grupo (sem pendências de mensalidade).
- A Seção escolhe utilizar conta pessoal ou conta do grupo para recebimento de valores.
- A Seção deve recolher os comprovantes de transferência e apresentar a diretoria (caso seja utilizada a conta do grupo).
- A Diretoria irá repassar os valores para o chefe de seção o mais breve possível.
- Coordenar sua equipe.
- Reservar o espaço físico para a atividade.
- Levar as autorizações assinadas e fichas médicas físicas de todos os participantes.
- Manter contato com a diretoria do grupo por telefone/Watsapp.
- Possuir contatos de emergência locais salvos na agenda.
- Garantir carros de apoio.
- Ao término do evento, até **15** dias: Atualizar o paxtu com fotos de atividades e entregar todas as fichas de autorização para diretoria em papel para o arquivamento.
- Caso haja sobra da atividade, devolver ao grupo (o mesmo poderá ser usado pela seção no futuro).

Declaro estar ciente dos itens estabelecidos por este termo, e assumo a responsabilidade de cumpri-los, na realização da atividade.

Por ser verdade, dato e assino o presente.

Belo Horizonte, _____ de _____ de_____

Chefe Responsável

(Assinatura Eletrônica [GOV.br ou outra certificação legalmente valida!!])
SEU NOME

Diretora de Métodos Educativo

(Assinatura Eletrônica [GOV.br ou outra certificação legalmente valida!!])

Diretor Presidente

(Assinatura Eletrônica [GOV.br ou outra certificação legalmente valida!!])

ANEXO I

INSIRA AQUI A PROGRAMAÇÃO DA SUA ATIVIDADE

(Com o descritivo do que será cada atividade)