



RESOLUCION No. 004 - AD - 86

Lima, 07 de enero de 1986



Visto el expediente N° 6134, presentado por la Federación Peruana de Vela;

CONSIDERANDO

Que, la Federación recurrente solicita autorización para que su delegación nacional viaje a la ciudad de Pernambuco-Brasil, a participar en el XV Campeonato Sudamericano de Veleros Clase Optimistic, a llevarse a cabo del 22 de enero al 05 de febrero de 1986;

Con la opinión favorable de la Oficina de Asesoría Jurídica, Dirección Nacional de Deportes, Dirección Nacional de Medicina del Deporte y Dirección Ejecutiva, de conformidad con el artículo 9 numeral 12 y artículo 77 del Decreto Legislativo 328 Ley General del Deporte;

SE RESUELVE

Artículo Primero.- AUTORIZAR a la Federación Peruana de Vela, para que su delegación nacional viaje a la ciudad de Pernambuco-Brasil, a participar en el XV Campeonato Sudamericano de Veleros Clase Optimistic, a llevarse a cabo del 22 de enero al 05 de febrero de 1986.

Artículo Segundo.- La delegación nacional está conformada de la siguiente manera:

Delegados :

JOSE EMILIO REMY PADILLA (Presidente)
MARIA MARCIA SAIJA VDA DE CANO
FREDERICK DAVID KORSWAGEN EDERY
GERMAN VASQUEZ SOLIS TALAVERA (Entrenador)

Deportistas:

RICARDO CANO SAIJA
LUIS ALBERTO DIAZ RAMIREZ
RICARDO BRAVO AGURTO
MARCO ANTONIO REMY CASTAGNOLA

/...



INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE



RESOLUCION No. 004 - AD - 86

Lima, 07 de enero de 1986



EMILIO ITALO REMY CASTAGNOLA
DIEGO MARTIN FERRE MURGUIA
ORESTES JOSE O'DONNELL VELASQUEZ
MARIO EDUARDO GALVEZ ABAD
RICARDO DE LA PUENTE GRANDA
EDUARDO HUGO CANO SAIJA.

Artículo Tercero.- De conformidad con el artículo 77 los integrantes de la presente delegación que se hace mención en el artículo 2º están exonerados de los siguientes tributos:

- 1) Signos de aviación establecidos por las Leyes 12991, 15595 y Decreto Legislativo 209 que grava el valor de los pasajes aéreos.
- 2) Impuestos a los viajes al exterior, creado por el DL. 22317 y su ampliatoria de la Ley 24030.

Artículo Cuarto.- El Instituto Peruano del Deporte, no correrá con gasto alguno.

Regístrese y comuníquese;

Dr. VICTOR CASTAGNOLA MALDONADO
Jefe del IPD



ADF.DINAD
MM.glm.
6134

Res 004-AD-86

INSTITUTO NACIONAL DE RECREACION * EDUCACION FISICA Y DEPORTES		NOMBRE: FED. PER. VELA		NUMERO 628	
—INRED— HOJA DE REGISTRO Y CONTROL		OF. S/N DE 27-12-85		REF:	
Fecha de INGRESO: 27-12-85		ASUNTO: Solicita autorización para participar en el XV Campeonato Sud. de Veleros Clase Optimistic, asimismo solicita Se autorice a participar en Convención Jamboree/Brasil.			
Hora: 14:05 PM					
Numero de Folios: (36) FRENTERAIS					
Registrado por: Rentero					
Pase a:					
Remitido por:		☐ ANTECEDENTES ☐ INFORMAR ☐ ARCHIVO ☐ PREP. RESPUESTA ☐ CONOCIMIENTO ☐ TOMAR ACCION ☐ AUTORIZACION ☐ TRAMITAR		No. 6134	
Recibido por:				No. de folio	
Fecha		Hora		Observaciones:	
				5	

Pase a:		☐ ANTECEDENTES ☐ INFORMAR ☐ ARCHIVO ☐ PREP. RESPUESTA ☐ CONOCIMIENTO ☐ TOMAR ACCION ☐ AUTORIZACION ☐ TRAMITAR		No. 6134	
Remitido por:				No. de folio	
Recibido por:					
Fecha		Hora		Observaciones:	
				4	

Pase a:		☐ ANTECEDENTES ☐ INFORMAR ☐ ARCHIVO ☐ PREP. RESPUESTA ☐ CONOCIMIENTO ☐ TOMAR ACCION ☐ AUTORIZACION ☐ TRAMITAR		No. 6134	
Remitido por:				No. de folio	
Recibido por:					
Fecha		Hora		Observaciones:	
				3	

Res 004-40-86

INSTITUTO NACIONAL DE RECREACION EDUCACION FISICA Y DEPORTES — IN RED — HOJA DE REGISTRO Y CONTROL		NOMBRE: FED. PER. VELA OF. S/II DE 27-12-85	NUMERO 61 REF:
Fecha de INGRESO: 27-12-85 Hora: 14:30 p.m. Numero de Folios: (36) Ingresos Registrado por: [Signature]		ASUNTO: Solicita autorización para participar en el XV Campeonato Sud. de Veleros Clase Optimistic, asimismo solicita se autorice a participar en Convención Jamboree/Brasil.	
Pase a: Remitido por: Recibido por:		☐ ANTECEDENTES ☐ INFORMAR ☐ ARCHIVO ☐ PREP. RESPUESTA ☐ CONOCIMIENTO ☐ TOMAR ACCION ☐ AUTORIZACION ☐ TRAMITAR	No. 622 No. de folio
Fecha _____ Hora _____		Observaciones: _____	
		5	

Pase a: Remitido por: Recibido por:		☐ ANTECEDENTES ☐ INFORMAR ☐ ARCHIVO ☐ PREP. RESPUESTA ☐ CONOCIMIENTO ☐ TOMAR ACCION ☐ AUTORIZACION ☐ TRAMITAR	No. 6 No. de folio
Fecha _____ Hora _____		Observaciones: _____	
		4	

Pase a: Remitido por: Recibido por:		☐ ANTECEDENTES ☐ INFORMAR ☐ ARCHIVO ☐ PREP. RESPUESTA ☐ CONOCIMIENTO ☐ TOMAR ACCION ☐ AUTORIZACION ☐ TRAMITAR	No. 6 No. de folio
Fecha _____ Hora _____		Observaciones: _____	
		3	

Pase a: DE Remitido por: Digital Recibido por: [Signature]		☐ ANTECEDENTES ☐ INFORMAR ☐ ARCHIVO ☐ PREP. RESPUESTA ☐ CONOCIMIENTO ☐ TOMAR ACCION ☐ AUTORIZACION ☐ TRAMITAR	No. No. de folio
Fecha 6/1/86 Hora 12:28		Observaciones: _____	
		2	

Pase a: Remitido por: DINAD Recibido por: OTDA [Signature]		☐ ANTECEDENTES ☐ INFORMAR ☐ ARCHIVO ☐ PREP. RESPUESTA ☐ CONOCIMIENTO ☐ TOMAR ACCION ☒ AUTORIZACION ☐ TRAMITAR	No. No. de folio 36
Fecha 27.12.85 Hora _____		Observaciones: _____	
		1	



FEDERACION PERUANA DE VELA

MIEMBRO DEL INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE
AFILIADA AL COMITE OLIMPICO PERUANO
AFILIADA A INTERNATIONAL YACHT RACING UNION
(I. Y. R. U.)

INSTITUTO

Trámite

FOLIO 100 21
Lwo



27 de diciembre, 1985

Señor
Alfredo Deza Fuller
Director Nacional de Deportes
Estadio Nacional - Tribuna Sur
Lima

6134



Asunto: Delegación Peruana - XIV Campeonato Sudamericano
de Veleros Clase Optimist

Muy señor nuestro:

Próximamente se realizará del 22/1/86 al 5/2/86 en la Isla Itamaraca, Pernambuco, Brasil, el XV Campeonato Sudamericano de Veleros Clase Optimistic, donde el Perú estará representado por una delegación de nuevos valores recientemente egresados de la Academia de Scouts Marinos. La Clase de Veleros Optimist está considerada como la clase de iniciación de futuros veleristas a nivel mundial, cuyas edades fluctúan entre los 8 y 15 años. En nuestro país esta clase si bien no se está promocionando a nivel competitivo, lo está a nivel instructivo para forjar conciencia marina a niños de los cuales surgirán nuevos valores como veleristas. Esta Academia tiene en nuestro país aproximadamente 3 años de actividades siendo promocionada con el apoyo de la Marina de Guerra del Perú y del Centro Naval del Perú.

Por primera vez nuestro país estará representado en una competencia de esta clase de veleros, estando la delegación conformada por las siguientes personas:

Delegados:

- Cmdte. AP José Emilio Remy Padilla (Presidente)
- Sra. Marcia Saija Vda. de Cano
- Sr. Dr. Frederick Korswagen Edery

Entrenador:

- Sr. Germán Vásquez-Solis Talavera



FEDERACION PERUANA DE VELA

MIEMBRO DEL INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE
AFILIADA AL COMITE OLIMPICO PERUANO
AFILIADA A INTERNATIONAL YACHT RACING UNION
(I. Y. R. U.)

.../2.-

Deportistas:

- Ricardo Cano Saija
- Luis Alberto Díaz Ramírez
- Ricardo Bravo Agurto
- Marco Antonio Remy Castagnola
- Emilio Italo Remy Castagnola
- Diego Martín Ferré Murguía
- Orestes José O'Donnell *Valasquez*
- Mario Eduardo Abad Gálvez
- Ricardo de la Puente Granda
- Eduardo Hugo Cano Saija

Nuestra delegación forma parte de la Asociación de Scouts Marinos del Perú, cuya participación en este Campeonato coincide con la Convención Jamboree a realizarse en el Brasil.

Por lo tanto, solicitamos a Ud. instruir a vuestra Dirección a fin de iniciar los trámites para la obtención de la resolución correspondiente en reconocimiento de estos deportistas y autorizando la participación de los mismos en dicho Campeonato representando a nuestro país.

Adjunto a la presente le hago llegar a Ud. copia de los certificados de vacunación y exámenes médicos de cada uno de los deportistas, con lo que estimamos se obviará el chequeo médico requerido por la Dirección de Medicina para la emisión de la resolución correspondiente.

Aprovechamos la oportunidad para saludarlo y quedamos a la espera de una pronta respuesta.

Muy atentamente,

FEDERACION PERUANA DE VELA

PRESIDENTE

Roberto Peschiera Alfaro
Presidente

RP/lrw

inc.

cc: Cmdte. AP José Emilio Remy Padilla

(03)

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O REVACUNACION CONTRA LA
 FIEBRE AMARILLA
 INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST
 YELLOW FEVER
 CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRA LA
 FIEVRE JAUNE

Certificate que

This is to certify that

Je soussigné(e) certifie que

whose signature follows

cuya firma aparece a continuación

dont la signature suit

ha sido vacunado(a) o revacunado(a) contra la fiebre amarilla en la fecha indicada.

has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against yellow fever.

a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre la fièvre jaune à la date indiquée.

} *Frederick David Horswiler* } 19-08-51
 name birth date

SEX

Fecha Date	Firma y calidad profesional del vacunador Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité professionnelle du vaccinateur	Origen y número de lote de la vacuna empleada Origin and batch no. of vaccine Origine du vaccin employé et numéro du lot	Sello oficial del centro de vacunación Official stamp of vaccinating centre Cache officiel du centre de vaccination
1	<i>16 DIC 1951</i> <i>[Signature]</i>	5321 Pasteur	1
2			2

Este certificado sólo será válido si la vacuna empleada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y si el centro de vacunación ha sido designado por la administración sanitaria del territorio en el cual está situado dicho centro.

La validez del presente certificado se extenderá por un período de diez años que comenzará a regir diez días después de la fecha de vacunación o, en caso de revacunación dentro de los diez años, en la fecha misma de revacunación.

Toda enmienda o borradura que aparezca en el certificado o la omisión de cualquiera de los datos requeridos podrá acarrear su invalidez.

This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization, and if the vaccinating centre has been designated by the health administration for the territory in which that centre is situated.

The validity of this certificate shall extend for a period of ten years, beginning ten days after the date of vaccination, or in the event of a revaccination within such period of ten years, from the date of the revaccination.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid. Ce certificat n'est valable que si le vaccin employé a été approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé et si le centre de vaccination a été habilité par l'administration sanitaire du territoire dans lequel ce centre est situé.

La validité de ce certificat couvre une période de dix ans, commençant dix jours après la date de la vaccination ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de dix ans, le jour de cette revaccination.

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.

3000

INFORMACION DE INTERES PARA LOS VIAJEROS

1. Por regla general, el viajero debe ocuparse de que se ponga en sus certificados internacionales de vacunación contra la viruela y contra el cólera el "sello autorizado" sin el que esos certificados no tienen validez para los viajes internacionales.
2. La vacunación antiamarilla de las personas que efectúen viajes internacionales deberá practicarse en uno de los centros especialmente designados al efecto. Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".
3. El período de validez de los certificados es el que se indica en éstos al pie de la página correspondiente.
4. Los viajeros revacunados contra el cólera o contra la fiebre amarilla durante el período de validez de un certificado de vacunación anterior, deberán conservar el certificado antiguo hasta que el nuevo sea válido (a los 6 días en el caso del cólera y a los 10 días en el caso de la fiebre amarilla).
5. Requisitos exigidos en materia de vacunación: Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".

INFORMATION FOR TRAVELLERS

1. It is usually the responsibility of the traveller to have the "approved stamp" applied to the smallpox or the cholera vaccination certificate. The certificate is not valid for international travel without the stamp.
2. Yellow-fever vaccination for international travel must be obtained at a specially designated centre. See item 5 of "Information for physicians".
3. The duration of validity is given in the notes below each certificate.
4. Travellers revaccinated against cholera or yellow fever during the period of validity of a current vaccination certificate should retain the certificate until the new certificate is valid by itself (6 days in the case of cholera; 10 days in the case of yellow fever).
5. Vaccination requirements — See item 5 of "Information for physicians".

REGLEMENTO SANITARIO INTERNACIONAL
INTERNATIONAL SANITARY REGULATIONS
REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL



MINISTERIO DE SALUD

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



CERTIFICADOS INTERNACIONALES
DE VACUNACIÓN
INTERNATIONAL CERTIFICATES
OF VACCINATION
CERTIFICATS INTERNATIONAUX
DE VACCINATION

Expedido a
Issued to
Délivré à

*Fredrick David
Korswager*

Número del pasaporte o de
la tarjeta de identificación
Passport No. or
Travel Document No.
Numéro du passeport ou
de la carte d'identité



II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

UNIAO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL REGIAO DO RIO GRANDE DO SUL

Rua Castro Alves, 398 - Porto Alegre - Brasil - Fones (0512) 311811 - 311187 - 311594 - Telex (051) 2787

ATESTADO DE APTIDÃO FÍSICA (FICHA DE SAÚDE)

Sobrenome: **KORSWAGEN**

Nome: **Frederick David**

Data de Nascimento:

19 - VIII - 1951

Endereço completo: **Av. Santa Rosa 551**

Código:

Nº do Seguro-Doença (Governamental):

La Perla - CALLAO 4 - PERU

Telefone residencial: **LIMA 65-0291**

Nº hospital/médico local:

Grupo de Escoteiros (Nome e número):

CALLAO 99 - SCOUTS MARINOS (PERU)

DOENÇAS QUE JÁ TEVE, MARQUE COM UM (X)

Apendicite

Problema Cardíaco

Caxumba

Outras (especifique)

Catapora **X**

Problema Renal **X**

Febre Recorrente

Hérnia

Sarampo **X**

Escarlatina

SE ESTÁ SUJEITO A ALGUMA DAS SEGUINTE, MARQUE COM UM (X)

Incontinência Urinária

Cólicas

Dor de dente

Dores de cabeça

Necessita injeções

Bronquite

Diabete

Asma

Erupções cutâneas

Frequência **NO**

Convulsões

Desmaios

Coriza

Sonar bulhoso

Soro necessita refrig.

Tem alergia a algum medicamento? (Nome)

ICDO

Grupo Sanguíneo:

A - NEGATIVO

Picada de insetos? **NO**

Data da última vacina antitetânica:

Nome do Médico:

Antonio Baiocchi

Data do último exame médico:

14 Novembro 1985

NOTA: Se o candidato é menor de idade, pais ou responsáveis devem assinar.

Caso contrário, o próprio candidato pode assinar.

Consentimento dos pais (se necessário).

A experiência tem mostrado que nas atividades com escoteiros, algumas vezes, quando ocorrem doenças ou acidentes, é necessária assistência médica ou cirúrgica. Esta é minha autorização para o responsável, ou seu representante, tomar providências para assistência médica ou cirúrgica para meu filho na eventualidade de uma emergência, sem necessidade de minha prévia autorização. Entendo que deverei ser notificado da forma mais rápida possível se esta autorização for utilizada.

Permissão para participar:

1. O abaixo-assinado, por meio desta, dá permissão para meu filho participar no:

II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

Evento

Assinatura:

Frederick S. Korswagen

Data: **30 Novembro 1985**

Em caso de emergência notifique:

Nome: **Dr. Richard P. Korswagen**

Endereço:

Av. Santa Rosa 551

Fone:

LIMA 65-0291

La Perla - CALLAO 4 - PERU

Se for se ausentar de sua residência no período que estiver se realizando o evento, indique onde pode ser encontrado.

Endereço:

Fone:

Outras observações pertinentes:

Notificar también a:

Agrupado Naval del Perú en Brasil

Av. Das Nacoes - Sector Embeixadas - Lote 47

BRASILIA DF . Tel.: BRASILIA 2429831

APOIO:



O RIO GRANDE DO SUL NOS
TACA A SUA PARTE
GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL

FUNDAÇÃO
PARQUE OSÓRIO

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O REVACUNACION CONTRA LA
 FIEBRE AMARILLA
 INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST
 YELLOW FEVER
 CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA
 FIEVRE JAUNE

Certificase que

This is to certify that
 Je soussigné(e) certifie que
 whose signature follows
 cuya firma aparece a continuación
 dont la signature suit

has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against yellow fever.
 a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre la fièvre jaune à la date indiquée.

Ricardo R. Cano Saiz nacido(a) el *10-01-73*
 né(e) le

SEX
 SEXO
 SEXO

Fecha Date	Firma y calidad profesional del vacunador Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité professionnelle du vaccinateur	Origen y número de lote de la vacuna empleada Origin and batch no. of vaccine Origine du vaccin employé et numéro du lot	Sello oficial del centro de vacunación Official stamp of vaccinating centre Cachet officiel du centre de vaccination
1 <i>10-01-1973</i>	<i>[Signature]</i>	<i>I.S. 5321 Porteur</i>	<i>[Stamp: HOSPITAL DEL SAUD]</i>
2			2

Este certificado sólo será válido si la vacuna empleada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y si el centro de vacunación ha sido designado por la administración sanitaria del territorio en el cual está situado dicho centro.

La validez del presente certificado se extenderá por un período de diez años que comenzará a regir diez días después de la fecha de vacunación o, en caso de revacunación dentro de los diez años, en la fecha misma de revacunación.

Toda enmienda o borradura que aparezca en el certificado o la omisión de cualquiera de los datos requeridos podrá acarrear su invalidez.

This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccinating centre has been designated by the health administration for the territory in which that centre is situated.

The validity of this certificate shall extend for a period of ten years, beginning ten days after the date of vaccination, or in the event of a revaccination within such period of ten years, from the date of the revaccination.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid. Le certificat n'est valable que si le vaccin employé a été approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé et si le centre de vaccination a été habilité par l'administration sanitaire du territoire dans lequel ce centre est situé.

La validité de ce certificat couvre une période de dix ans, commençant dix jours après la date de la vaccination ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de dix ans, le jour de cette revaccination.

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.

3000

INFORMACION DE INTERES PARA LOS VIAJEROS

1. Por regla general, el viajero debe ocuparse de que se ponga en sus certificados internacionales de vacunación contra la viruela y contra el cólera el "sello autorizado" sin el que esos certificados no tienen validez para los viajes internacionales.
2. La vacunación antimarfilica de las personas que efectúen viajes internacionales deberá practicarse en uno de los centros especialmente designados al efecto. Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".
3. El período de validez de los certificados es el que se indica en éstos al pie de la página correspondiente.
4. Los viajeros revacunados contra el cólera o contra la fiebre amarilla durante el período de validez de un certificado de vacunación anterior, deberán conservar el certificado antiguo hasta que el nuevo sea valdiero (a los 6 días en el caso del cólera y a los 10 días en el caso de la fiebre amarilla).
5. Requisitos exigidos en materia de vacunación: Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".

INFORMATION FOR TRAVELLERS

1. It is usually the responsibility of the traveller to have the "approved stamp" applied to the smallpox or the cholera vaccination certificate. The certificate is not valid for international travel without the stamp.
2. Yellow-fever vaccination for international travel must be obtained at a specially designated centre. See Item 5 of "Information for physicians".
3. The duration of validity is given in the notes below each certificate.
4. Travellers revaccinated against cholera or yellow fever during the period of validity of a current vaccination certificate should retain the certificate until the new certificate is valid by itself (6 days in the case of cholera; 10 days in the case of yellow fever).
5. Vaccination requirements — See Item 5 of "Information for physicians".



MINISTERIO DE SALUD

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



CERTIFICADOS INTERNACIONALES
DE VACUNACION
INTERNATIONAL CERTIFICATES
OF VACCINATION
CERTIFICATS INTERNATIONAUX
DE VACCINATION

Expedido a
Issued to
Délivré à

Ricardo R. Causa
Saiza

Número del pasaporte o de
la tarjeta de identificación
Passport No. or
Travel Document No.
Número du passeport ou
de la carte d'identité

REGLEMENTO SANITARIO INTERNACIONAL
INTERNATIONAL SANITARY REGULATIONS
REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL



II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

UNIÃO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL REGIÃO DO RIO GRANDE DO SUL

Rua Castro Alves, 398 - Porto Alegre - Brasil - Fones (0512) 311511 - 311187 - 311594 - Telex (051) 2787

ATESTADO DE APTIDÃO FÍSICA (FICHA DE SAÚDE)

obrenome: **CANO**

Nome: **Ricardo**

Data de Nascimento: **10 - I - 1973**

Endereço completo: **Lord Nelson 354 - B**

Código:

Nº do Seguro-Doença (Governamental):

Viraflores - LIMA 18 - PERU

Telefone residencial: **LIMA 22-1565**

Nº hospital/médico local:

Grupo de Escoteiros (Nome e número):

CALIAO 99 - SCOUTS MARINOS (PERU)

DOENÇAS QUE JÁ TEVE, MARQUE COM UM (X)

Apendicite

Problema Cardíaco

Caxumba

Outras (especifique)

Catapora ☒

Problema Renal

Febre Reumática

Hérnia

Sarampo

Escarlatina

SE ESTÁ SUJEITO A ALGUMA DAS SEGUINTE, MARQUE COM UM (X)

Incontinência Urinária

Cólicas

Dores de dente

Dores de cabeça

Necessita injeções

Bronquite

Diabete

Asma

Erupções cutâneas

Frequência 40

Convulsões

Desmaios

Corisa

Sonambulismo

Soro necessita refrig.

Tem alergia a algum medicamento? (Nome)

Grupo Sanguíneo:

"A"

Picada de insetos? **Nº**

POSITIVO

Data da última vacina antitetânica:

Nome do Médico:

Data do último exame médico:

30 NOVEMBRE 85

NOTA: Se o candidato é menor de idade, pais ou responsáveis devem assinar.
Caso contrário, o próprio candidato pode assinar.

[Assinatura]
Eduardo Ortiz Vidal
Médico - Cirurgião
CAPI 0006

Consentimento dos pais (se necessário).

A experiência tem mostrado que nas atividades com escoteiros, algumas vezes, quando ocorrem doenças ou acidentes, é necessária assistência médica ou cirúrgica. Esta é minha autorização para o responsável, ou seu representante, tomar providências para assistência médica ou cirúrgica para meu filho na eventualidade de uma emergência, sem necessidade de minha prévia autorização. Entendo que deverá ser notificado da forma mais rápida possível se esta autorização for utilizada.

Permissão para participar:

1. O abaixo-assinado, por meio desta, dá permissão para meu filho participar no:

II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

Evento

Assinatura:

[Assinatura]

Data: **30 Novembro 1985**

Em caso de emergência notifique:

Nome: **Sr. Américo VIDAL**

Endereço:

Jr. Trujillo 331

Fone:

61.-7395 LIMA

Se for se ausentar de sua residência no período que estiver se realizando o evento, indique onde pode ser encontrado.

Endereço:

Fone:

Outras observações pertinentes:

Notificar también a:

Agregado Naval del Perú en Brasil

Av. Das Nações - Sector Embaixadas - Lote 47

BRASILIA DF Tel.: BRASILIA 2429831

APOIO:



O RIO GRANDE SOZOS NOS
FAÇA A SUA PARTE
GOVERNO JAIR SOARES

FUNDAÇÃO
PARQUE OSÓRIO

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O REVACUNACION CONTRA LA FIEBRE AMARILLA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST YELLOW FEVER
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE

Certificase que

This is to certify that
 Je soussigné(e) certifie que

whose signature follows

cuya firma aparece a continuación

dont la signature suit

ha sido vacunado(a) o revacunado(a) contra la fiebre amarilla en la fecha indicada.

has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against yellow fever.

a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre la fièvre jaune a la date indiquée.

Eduardo H. Cano Sanja (u) el *17-09-75*
 (e) lo

sex

sexo

sexo

Fecha Date	Firma y calidad profesional del vacunador Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité professionnelle du vaccinateur	Origen y número de lote de la vacuna empleada Origin and batch no. of vaccine Origine du vaccin employé et numéro du lot	Sello oficial del centro de vacunación Official stamp of vaccinating centre Sello oficial del centro de vacunación
1 16 DIC 1975	<i>[Signature]</i>	25, 5321 Posteur	
2			2

Este certificado sólo será válido si la vacuna empleada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y si el centro de vacunación ha sido designado por la administración sanitaria del territorio en el cual está situado dicho centro.

La validez del presente certificado se extenderá por un período de diez años que comenzará a regir diez días después de la fecha de vacunación o, en caso de revacunación dentro de los diez años, en la fecha misma de revacunación.

Toda enmienda o borradura que aparezca en el certificado o la omisión de cualquiera de los datos requeridos podrá acarrear su invalidez.

This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccinating centre has been designated by the health administration for the territory in which that centre is situated.

The validity of this certificate shall extend for a period of ten years, beginning ten days after the date of vaccination, or in the event of a revaccination within such period of ten years, from the date of that revaccination.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.

Le certificat n'est valable que si le vaccin employé a été approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé et si le centre de vaccination a été habilité par l'administration sanitaire du territoire dans lequel ce centre est situé.

La validité de ce certificat couvre une période de dix ans, commençant dix jours après la date de la vaccination ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de dix ans, le jour de cette revaccination.

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.

INFORMACION DE INTERES PARA LOS VIAJEROS

1. Por regla general, el viajero debe ocuparse de que se ponga en sus certificados internacionales de vacunación contra la viruela y contra el cólera el "sello autorizado" sin el que esos certificados no tienen validez para los viajes internacionales.
2. La vacunación antimariólica de las personas que efectúen viajes internacionales deberá practicarse en uno de los centros especialmente designados al efecto. Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".
3. El período de validez de los certificados es el que se indica en éstos al pie de la página correspondiente.
4. Los viajeros revacunados contra el cólera o contra la fiebre amarilla durante el período de validez de un certificado de vacunación anterior, deberán conservar el certificado antiguo hasta que el nuevo sea válido (a los 6 días en el caso del cólera y a los 10 días en el caso de la fiebre amarilla).
5. Requisitos exigidos en materia de vacunación: Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".

INFORMATION FOR TRAVELLERS

1. It is usually the responsibility of the traveller to have the "approved stamp" applied to the smallpox or the cholera vaccination certificate. The certificate is not valid for international travel without the stamp.
2. Yellow-fever vaccination for international travel must be obtained at a specially designated centre. See item 5 of "Information for physicians".
3. The duration of validity is given in the notes below each certificate.
4. Travellers revaccinated against cholera or yellow fever during the period of validity of a current vaccination certificate should retain the certificate until the new certificate is valid by itself (6 days in the case of cholera; 10 days in the case of yellow fever).
5. Vaccination requirements — See item 5 of "Information for physicians".

REGLEMENTO SANITARIO INTERNACIONAL
INTERNATIONAL SANITARY REGULATIONS
REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

2000



MINISTERIO DE SALUD

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



CERTIFICADOS INTERNACIONALES
DE VACUNACIÓN
INTERNATIONAL CERTIFICATES
OF VACCINATION
CERTIFICATS INTERNATIONAUX
DE VACCINATION

Expedido a
Issued to
Délivré à

Eduardo H. Cano
Saiza

Número del pasaporte o de
la tarjeta de identificación
Passport No. or
Travel Document No.
Número du passeport ou
de la carte d'identité



II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

UNIAO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL REGIAO DO RIO GRANDE DO SUL

Rua Castro Alves, 398 - Porto Alegre - Brasil - Fones (0512) 311811 - 311187 - 311594 - Telex (051) 2787

ATESTADO DE APTIDÃO FÍSICA (FICHA DE SAÚDE)

obrenome: **CANO**

Nome: **Eduardo**

Data de Nascimento:

17 - IX - 1975

Endereço completo: **Lord Nelson 354 - B**

Código:

Nº do Seguro-Doença (Governamental):

Araraquara - LIMA 18 - PERU

Telefone residencial: **LIMA 22-1565**

Nº hospital/médico local:

Grupo de Escoteiros (Nome e número):

GALLAO 99 - SCOUTS MARINOS (PERU)

DOENÇAS QUE JÁ TEVE, MARQUE COM UM (X)

Apendicite

Problema Cardíaco

Caxumba ☒

Outras (especifique)

Catapora ☒

Problema Renal

Febre Reumática

Hernia ☒

Sarampo

Escarlatina

SE ESTÁ SUJEITO A ALGUMA DAS SEGUINTE, MARQUE COM UM (X)

Incontinência Urinária

Cólicas

Dor de dente

Dores de cabeça

Necessita injeções

Bronquite

Diabete

Asma

Erupções cutâneas

Frequência **NO**

Convulsões

Desmaios

Corisa

Sonambulismo

Soro necessita refrig.

Tem alergia a algum medicamento? (Nome)

NO

Grupo sanguíneo:

A POSITIVO

Picada de insetos?

NO

Data da última vacina antitetânica:

Nome do Médico:

Data do último exame médico:

30 NOVEMBRE 85

Rolando Ortiz Vilela
Médico-Cirurgião
CAMPI 0004

NOTA: Se o candidato é menor de idade, pais ou responsáveis devem assinar.
Caso contrário, o próprio candidato pode assinar.

Consentimento dos pais (se necessário).

A experiência tem mostrado que nas atividades com escoteiros, algumas vezes, quando ocorrem doenças ou acidentes, é necessária assistência médica ou cirúrgica. Esta é minha autorização para o responsável, ou seu representante, tomar providências para assistência médica ou cirúrgica para meu filho na eventualidade de uma emergência, sem necessidade de minha prévia autorização. Entendo que deverei ser notificado da forma mais rápida possível se esta autorização for utilizada.

Permissão para participar:

1. O abaixo-assinado, por meio desta, dá permissão para meu filho participar no:

II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

Evento

Assinatura:

Maria da Conceição

Data: **30 Novembro 1985**

Em caso de emergência notifique:

Nome: **Sr. Américo Vidal**

Endereço:

Jr. Trujillo 331

Magdalena - LIMA 17

Fone:

LIMA 61 - 7395

Se for se ausentar de sua residência no período que estiver se realizando o evento, indique onde pode ser encontrado.

Endereço:

Fone:

Outras observações pertinentes:

Notificar también a:

Agregado Naval del Perú en Brasil

Av. Das Nações - Sector Embaixadas - Lote 47

BRASILIA DF . Tel.: BRASILIA 2429831

APOIO:



GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL
GOVERNO JAIRO GOMES

FUNDAÇÃO
PARQUE OSÓRIO

(09)

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O REVACUNACION CONTRA LA
 FIEBRE AMARILLA
 INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST
 YELLOW FEVER
 CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA
 FIEVRE JAUNE

Certificase que

This is to certify that
 Je soussigné(e) certifie que
 whose signature follows
 cuya firma aparece a continuación }
 dont la signature suit

Mano E. Galea Abad

nacido(a) el 19-09-72
 date of birth
 né(e) le

SEX
 SEXO
 SEXO

ha sido vacunado(a) o revacunado(a) contra la fiebre amarilla en la fecha indicada.
 has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against yellow fever.
 a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre la fièvre jaune à la date indiquée.

Fecha Date	Firma y calidad profesional del vacunador Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité professionnelle du vaccinateur	Origen y número de lote de la vacuna empleada Origin and batch no. of vaccine Origine du vaccin employé et numéro du lot	Sello oficial del centro de vacunación Official stamp of vaccinating centre Cachet officiel du centre de vaccination
1 16 DIC 1985	<i>[Signature]</i>	J-S. 5321 Pasteur	1 
2			2

Este certificado sólo será válido si la vacuna empleada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y si el centro de vacunación ha sido designado por la administración sanitaria del territorio en el cual está situado dicho centro.

La validez del presente certificado se extenderá por un período de diez años que comenzará a regir diez días después de la fecha de vacunación o, en caso de revacunación dentro de los diez años, en la fecha misma de revacunación.

Toda enmienda o borradura que aparezca en el certificado o la omisión de cualquiera de los datos requeridos podrá acarrear su invalidez.

This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccinating centre has been designated by the health administration for the territory in which that centre is situated.

The validity of this certificate shall extend for a period of ten years, beginning ten days after the date of vaccination, or in the event of a revaccination within such period of ten years, from the date of that revaccination.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid. Le certificat n'est valable que si le vaccin employé a été approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé et si la centre de vaccination a été habilité par l'administration sanitaire du territoire dans lequel ce centre est situé.

La validité de ce certificat couvre une période de dix ans, commençant dix jours après la date de la vaccination ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de dix ans, le jour de cette revaccination.

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.

3000

INFORMACION DE INTERES PARA LOS VIAJEROS

1. Por regla general, el viajero debe ocuparse de que se ponga en sus certificados internacionales de vacunación contra la viruela y contra el cólera el "sello autorizado" sin el que esos certificados no tienen validez para los viajes internacionales.
2. La vacunación antimarúlica de las personas que efectúen viajes internacionales deberá practicarse en uno de los centros especialmente designados al efecto. Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".
3. El período de validez de los certificados es el que se indica en éstos al pie de la página correspondiente.
4. Los viajeros revacunados contra el cólera o contra la fiebre amarilla durante el período de validez de un certificado de vacunación anterior, deberán conservar el certificado antiguo hasta que el nuevo sea válido (a los 6 días en el caso del cólera y a los 10 días en el caso de la fiebre amarilla).
5. Requisitos exigidos en materia de vacunación: Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".

INFORMATION FOR TRAVELLERS

1. It is usually the responsibility of the traveller to have the "approved stamp" applied to the smallpox or the cholera vaccination certificate. The certificate is not valid for international travel without the stamp.
2. Yellow-fever vaccination for international travel must be obtained at a specially designated centre. See item 5 of "Information for physicians".
3. The duration of validity is given in the notes below each certificate.
4. Travellers revaccinated against cholera or yellow fever during the period of validity of a current vaccination certificate should retain the certificate until the new certificate is valid by itself (6 days in the case of cholera; 10 days in the case of yellow fever).
5. Vaccination requirements -- See item 5 of "Information for physicians".

REGLEMENTO SANITARIO INTERNACIONAL
INTERNATIONAL SANITARY REGULATIONS
REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL



MINISTERIO DE SALUD

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



CERTIFICADOS INTERNACIONALES
DE VACUNACIÓN
INTERNATIONAL CERTIFICATES
OF VACCINATION
CERTIFICATS INTERNATIONAUX
DE VACCINATION

Expedido a
Issued to
Délivré à

Mario C. Galvez Alvarado

Número del pasaporte o de
la tarjeta de identificación
Passport No. or
Travel Document No.
Numéro du passeport ou
de la carte d'identité



II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

UNIAO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL REGIAO DO RIO GRANDE DO SUL

Rua Castro Alves, 398 - Porto Alegre - Brasil - Fones (0512) 311811 - 311187 - 311594 - Telex (051) 2787

ATESTADO DE APTIDÃO FÍSICA (FICHA DE SAÚDE)

Sobrenome: **GALVEZ**

Nome: **Mario Eduardo**

Data de Nascimento:

19 - IX - 1972

Endereço completo: **Av. La Merced 557**

Código:

Nº do Seguro-Doença (Governamental):

Surco - LIMA 33 - PERU

Telefone residencial: **LIMA 45-0300**

Nº hospital/médico local:

Grupo de Escoteiros (Nome e número):

CALIAO 99 - SCOUTS MARIPOS (PERU)

DOENÇAS QUE JÁ TEVE, MARQUE COM UM (X)

Apêndice

Problema Cardíaco

Caxumba ☒

Outras (especifique)

Catapora

Problema Renal

Febre Reumática

Hérnia

Sarampo ☒

Escarlatina

SE ESTÁ SUJEITO A ALGUMA DAS SEGUINTE, MARQUE COM UM (X)

Incontinência Urinária

Cólicas

Dor de dente

Dores de cabeça

Necessita injeções

Bronquite

Diabetes

Asma

Erupções cutâneas

Frequência **NO**

Convulsões

Desmaios

Coriza

Sonambulismo

Soro necessita refrig.

Tem alergia a algum medicamento? (Nome)

NO

Grupo sanguíneo:

"A" POSITIVO

Picada de insetos?

NO

Data da última vacina antitetânica:

Nome do Médico:

Data do último exame médico:

30 NOVEMBRO 85

NOTA: Se o candidato é menor de idade, pais ou responsáveis devem assinar.
Caso contrário, o próprio candidato pode assinar.

Retardo Ortiz Valverde
Médico-Cirurgião
CRM 0184

Consentimento dos pais (se necessário).

A experiência tem mostrado que nas atividades com escoteiros, algumas vezes, quando ocorrem doenças ou acidentes, é necessária assistência médica ou cirúrgica. Esta é minha autorização para o responsável, ou seu representante, tomar providências para assistência médica ou cirúrgica para meu filho na eventualidade de uma emergência, sem necessidade de minha prévia autorização. Entendo que deverei ser notificado da forma mais rápida possível se esta autorização for utilizada.

Permissão para participar:

1. O abaixo-assinado, por meio desta, dá permissão para meu filho participar no:

II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

Evento

Assinatura:

Data: **30 Novembro 1985**

Em caso de emergência notifique:

Nome: **C. de F. Mario GALVEZ**

Endereço: **Av. La Merced 557**
Surco - LIMA 33

Fone: **LIMA 45 - 0300**

Se for se ausentar de sua residência no período que estiver se realizando o evento, indique onde pode ser encontrado.

Endereço:

Fone:

Outras observações pertinentes:

Notificar también a:

Agregado Naval del Perú en Brasil

Av. Das Nações - Sector Embaixadas - Lote 47

BRASILIA DF Tel.: BRASILIA 2429831

APOIO:



O RIO GRANDE SOMO: NOS
FAÇA A SUA PARTE
GOVERNO JAIR SOARES

FUNDAÇÃO
PARQUE OSÓRIO

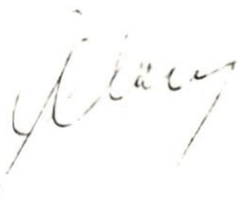
CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O REVACUNACION CONTRA LA FIEBRE AMARILLA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST YELLOW FEVER
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE

Certificase que
This is to certify that
Je soussigné(e) certifie que
whose signature follows
cuya firma aparece a continuación
dont la signature suit

Masao A. Remy Cortezuela 16-05-71
Date of Birth

sex
sexo
sexe

ha sido vacunado(a) o revacunado(a) contra la fiebre amarilla en la fecha indicada.
has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against yellow fever.
a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre la fièvre jaune à la date indiquée.

Fecha Date	Firma y calidad profesional del vacunador Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité professionnelle du vaccinateur	Origen y número de lote de la vacuna empleada Origin and batch no. of vaccine Origine du vaccin employé et numéro du lot	Sello oficial del centro de vacunación Official stamp of vaccinating centre Cache officiel du centre de vaccination
1 16 DEC 1968		I - S. 5321. Posteerr	1 
2			2

Este certificado sólo será válido si la vacuna empleada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y si el centro de vacunación ha sido designado por la administración sanitaria del territorio en el cual está situado dicho centro.

La validez del presente certificado se extenderá por un período de diez años que comenzará a regir diez días después de la fecha de vacunación o, en caso de revacunación dentro de los diez años, en la fecha misma de revacunación.

Toda enmienda o borradura que aparezca en el certificado o la omisión de cualquiera de los datos requeridos podrá acarrear su invalidez.

This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccinating centre has been designated by the health administration for the territory in which that centre is situated.

The validity of this certificate shall extend for a period of ten years, beginning ten days after the date of vaccination, or in the event of a revaccination within such period of ten years, from the date of that revaccination.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid. Ce certificat n'est valable que si le vaccin employé a été approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé et si le centre de vaccination a été habilité par l'administration sanitaire du territoire dans lequel ce centre est situé.

La validité de ce certificat couvre une période de dix ans, commençant dix jours après la date de la vaccination ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de dix ans, le jour de cette revaccination.

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions en'il comporte peut affecter la validité.

3000

INFORMACION DE INTERES PARA LOS VIAJEROS

1. Por regla general, el viajero debe ocuparse de que se ponga en sus certificados internacionales de vacunación contra la varicela y contra el cólera el "sello autorizado" sin el que esos certificados no tienen validez para los viajes internacionales.
2. La vacunación antitumefacción de las personas que efectúen viajes internacionales deberá practicarse en uno de los centros especialmente designados al efecto. Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".
3. El período de validez de los certificados es el que se indica en éstos al pie de la página correspondiente.
4. Los viajeros revacunados contra el cólera o contra la fiebre amarilla durante el período de validez de un certificado de vacunación anterior, deberán conservar el certificado antiguo hasta que el nuevo sea válido (a los 8 días en el caso del cólera y a los 10 días en el caso de la fiebre amarilla).
5. Requisitos exigidos en materia de vacunación: Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".

INFORMATION FOR TRAVELLERS

1. It is usually the responsibility of the traveller to have the "approved stamp" applied to the smallpox or the cholera vaccination certificate. The certificate is not valid for international travel without the stamp.
2. Yellow-fever vaccination for international travel must be obtained at a specially designated centre. See item 5 of "Information for physicians".
3. The duration of validity is given in the notes below each certificate.
4. Travellers revaccinated against cholera or yellow fever during the period of validity of a current vaccination certificate should retain the certificate until the new certificate is valid by itself (8 days in the case of cholera; 10 days in the case of yellow fever).
5. Vaccination requirements — See item 5 of "Information for physicians".

REGLEMENTO SANITARIO INTERNACIONAL
INTERNATIONAL SANITARY REGULATIONS
REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL



MINISTERIO DE SALUD

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



CERTIFICADOS INTERNACIONALES
DE VACUNACIÓN
INTERNATIONAL CERTIFICATES
OF VACCINATION
CERTIFICATS INTERNATIONAUX
DE VACCINATION

Expedido a
Issued to
Délivré à

*Marcos A. Remy
Costagnola*

Número del pasaporte o de
la tarjeta de identificación
Passport No. or
Travel Document No.
Numéro du passeport ou
de la carte d'identité



II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

UNIAO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL REGIAO DO RIO GRANDE DO SUL

Rua Castro Alves, 398 - Porto Alegre - Brasil - Fones (0512) 311811 - 311187 - 311594 - Telex (051) 2787

ATESTADO DE APTIDÃO FÍSICA (FICHA DE SAÚDE)

Sobrenome: **REMY**

Nome: **Marcos Antonio**

Data de Nascimento:

16 - V - 1971

Endereço completo: **Jr. Domingo Ponte 874**

Código:

Nº do Seguro-Doença (Governamental):

Magdalena - LIMA 17 - PERU

Telefone residencial: N° hospital/médico local:

Grupo de Escoteiros (nome e número):

LIMA 61-6191

CALLAO 99 - SCOUTS MARINOS (PERU)

DOENÇAS QUE JÁ TEVE, MARQUE COM UM (X)

Apendicite

Problema Cardíaco

Caxumba ☒

Outras (especifique)

Catapora ☒

Problema Renal

Febre Reumática

Hérnia

Sarampo ☒

Escarlatina

SE ESTÁ SUJEITO A ALGUMA DAS SEGUINTE, MARQUE COM UM (X)

Incontinência Urinária

Cólicas

Dor de dente

Dores de cabeça

Necessita injeções

Bronquite

Diabete

Asma

Erupções cutâneas

Frequência NO

Convulsões

Desmaios

Coriza

Sonambulismo

Soro necessita refrig.

Tem alergia a algum medicamento? (Nome)

Grupo Sanguíneo:

"O"

Picada de insetos?

POSITIVO

Data da última vacina antitetânica:

Nome do Médico:

Data do último exame médico:

30 NOVEMBRO 1985

[Assinatura]
Hélio Ortiz Veloso
Médico Cirurgião
CRM 0460

NOTA: Se o candidato é menor de idade, pais ou responsáveis devem assinar.
Caso contrário, o próprio candidato pode assinar

Consentimento dos pais (se necessário).

A experiência tem mostrado que nas atividades com escoteiros, algumas vezes, quando ocorrem acidentes, é necessária assistência médica ou cirúrgica. Esta é minha autorização para o responsável, ou seu representante, tomar providências para assistência médica ou cirúrgica para meu filho na eventualidade de uma emergência, sem necessidade de minha prévia autorização. Entendo que deverei ser notificado da forma mais rápida possível se esta autorização for utilizada.

Permissão para participar:

1. O abaixo-assinado, por meio desta, dá permissão para meu filho participar no:

II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

Evento

Assinatura:

Data:

30 Novembro 1985

Em caso de emergência notifique:

Nome: **C.de N. José E. Remy P.**

Endereço:

Jr. Domingo Ponte 874

Fone:

LIMA 61-6191

Se for se ausentar de sua residência no período que estiver se realizando o evento, indique onde pode ser encontrado.

Endereço:

Fone:

Outras observações pertinentes:

Notificar también a:

Agregado Naval del Perú en Brasil

Av. Das Nações - Sector Embaixadas - Lote 47

BRASILIA DF Tel.: BRASILIA 2429831

APOIO:



O RIO GRANDE SOMOS NOS
FAÇA A SUA PARTE
GOVERNO JAIR SOARES

FUNDAÇÃO
PARQUE OSÓRIO

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O REVACUNACION CONTRA LA
 FIEBRE AMARILLA
 INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST
 YELLOW FEVER
 CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA
 FIEVRE JAUNE

Certificase que

This is to certify that

Je soussigné(e) certifie que

whose signature follows

cuya firma aparece a continuación

dont la signature suit

ha sido vacunado(a) o revacunado(a) contra la fiebre amarilla en la fecha indicada.

has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against yellow fever.

a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre la fièvre jaune à la date indiquée.

Emilio Remy Castagnoli el 2-08-73
 date of birth né(e) le

SEX
 SEXO
 SEXO

Fecha Date	Firma y calidad profesional del vacunador Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité professionnelle du vaccinateur	Origen y número de lote de la vacuna empleada Origin and batch no. of vaccine Origine du vaccin employé et numéro du lot	Sello oficial del centro de vacunación Official stamp of vaccinating centre Cachet officiel du centre de vaccination
1 16 DIC 1984	<i>[Signature]</i>	J-S. 532L Posteur	
2			2

Este certificado sólo será válido si la vacuna empleada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y si el centro de vacunación ha sido designado por la administración sanitaria del territorio en el cual está situado dicho centro.

La validez del presente certificado se extenderá por un período de diez años que comenzará a regir diez días después de la fecha de vacunación o, en caso de revacunación dentro de los diez años, en la fecha misma de revacunación.

Toda enmienda o borradura que aparezca en el certificado o la omisión de cualquiera de los datos requeridos podrá anular su validez.

This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccinating centre has been designated by the health administration for the territory in which that centre is situated.

The validity of this certificate shall extend for a period of ten years, beginning ten days after the date of vaccination, or in the event of a revaccination within such period of ten years, from the date of that revaccination.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid. Ce certificat n'est valable que si le vaccin employé a été approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé et si le centre de vaccination a été habilité par l'administration sanitaire du territoire dans lequel ce centre est situé.

La validez de ce certificat couvre une période de dix ans, commençant dix jours après la date de la vaccination ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de dix ans, le jour de cette revaccination.

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions ci-dessus peut affecter sa validité.

3000

INFORMACION DE INTERES PARA LOS VIAJEROS

1. Por regla general, el viajero debe ocuparse de que se ponga en sus certificados internacionales de vacunación contra la viruela y contra el cólera el "sello autorizado" sin el que esos certificados no tienen validez para los viajes internacionales.
2. La vacunación anti-mariólica de las personas que efectúen viajes internacionales deberá practicarse en uno de los centros especialmente designados al efecto. Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".
3. El período de validez de los certificados es el que se indica en éstos al pie de la página correspondiente.
4. Los viajeros revacunados contra el cólera o contra la fiebre amarilla durante el período de validez de un certificado de vacunación anterior, deberán conservar el certificado antiguo hasta que el nuevo sea valedero (a los 6 días en el caso del cólera y a los 10 días en el caso de la fiebre amarilla).
5. Requisitos exigidos en materia de vacunación. Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".

INFORMATION FOR TRAVELLERS

1. It is usually the responsibility of the traveller to have the "approved stamp" applied to the smallpox or the cholera vaccination certificate. The certificate is not valid for international travel without the stamp.
2. Yellow-fever vaccination for international travel must be obtained at a specially designated centre. See item 5 of "Information for physicians".
3. The duration of validity is given in the notes below each certificate.
4. Travellers revaccinated against cholera or yellow fever during the period of validity of a current vaccination certificate should retain the certificate until the new certificate is valid by itself (6 days in the case of cholera; 10 days in the case of yellow fever).
5. Vaccination requirements -- See item 5 of "Information for physicians".



MINISTERIO DE SALUD

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



9998



CERTIFICADOS INTERNACIONALES
DE VACUNACIÓN
INTERNATIONAL CERTIFICATES
OF VACCINATION
CERTIFICATS INTERNATIONAUX
DE VACCINATION

REGlamento Sanitario Internacional
INTERNATIONAL SANITARY REGULATIONS
REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Expedido a
Issued to
Délivré a

*Emilio J. Remy Cas
toquola*

Número del pasaporte o de
la tarjeta de identificación
Passport No. or
Travel Document No.
Numéro du passeport ou
de la carte d'identité



II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

UNIAO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL REGIAO DO RIO GRANDE DO SUL

Rua Castro Alves, 398 - Porto Alegre - Brasil - Fones (051) 311811 - 311187 - 311594 - Telex (051) 2737

ATESTADO DE APTIDÃO FÍSICA (FICHA DE SAÚDE)

Sobrenome: **REMY**

Nome: **Emilio Italo**

Data de Nascimento:

2 - VIII - 1973

Endereço completo: **Jr. Domingo Ponte 874
Magdalena - LIMA 17 - PERU**

Código:

Nº do Seguro-Diária (Governamental):

Telefone residencial:

Nº hospital/médico local:

Grupo de Escoteiros (Nome e número):

LIMA 61-6191

CALLAO 99 SCOUTS MARINOS (PERU)

DOENÇAS QUE JÁ TEVE, MARQUE COM UM (x)

Apendicite ☒

Problema Cardíaco

Coxartrose ☒

Outras (especifique)

Catapora

Problema Renal

Febre Reumática

Hérnia

Sarampo ☒

Escarlatina

SE ESTÁ SUJEITO A ALGUMA DAS SEGUINTEs, MARQUE COM UM (x)

Incontinência Urinária

Cólicas

Dor de dente

Dores de cabeça

Necessita injeções

Bronquite

Diabete

Asma

Erupções cutâneas

Frequência **40**

Convulsões

Desmaios

Corisa

Sonambulismo

Soro necessita refrig.

Tem alergia a algum medicamento? (Nome)

Grupo Sanguíneo:

POSITIVO

Picada de insetos?

Data da última vacina antitetânica:

Nome do Médico:

Data do último exame médico:

30 NOVEMBRE

Patricio
Patricio Ortiz Veloso
Médico-Cirurgião
CRP 10.000

NOTA: Se o candidato é menor de idade, pais ou responsáveis devem assinar.
Caso contrário, o próprio candidato pode assinar.

Consentimento dos pais (se necessário).

A experiência tem mostrado que nas atividades com escoteiros, algumas vezes quando ocorrem doenças ou acidentes, é necessária assistência médica ou cirúrgica. Esta é minha autorização para o responsável, ou seu representante, tomar providências para assistência médica ou cirúrgica para meu filho na eventualidade de uma emergência, sem necessidade de minha prévia autorização. Entendo que deverei ser notificado da forma mais rápida possível se esta autorização for utilizada.

Permissão para participar:

I. O abaixo-assinado, por meio desta, dá permissão para meu filho participar no:

II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

Evento

Assinatura:

Patricio

30 Novembro 1985

Em caso de emergência notifique:

Nome: **C.deN. José E. REMY P.** Endereço: **Jr. Domingo Ponte 874** Fone: **LIMA 61-6191**
Magdalena del Mar - LIMA

Se for se ausentar de sua residência no período que estiver se realizando o evento, indique onde pode ser encontrado

Endereço:

Fone:

Outras observações pertinentes:

Notificar también a:

Agregado Naval del Perú en Brasil

Av. Das Nações - Sector Embaixadas - Lote 47

BRASILIA DF . Tel.: BRASILIA 2429831

APOIO:



GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL
FAÇA A SUA PARTE
GOVERNADOR JAIRO SOARES

FUNDAÇÃO
PARQUE OSÓRIO

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O REVACUNACION CONTRA LA FIEBRE AMARILLA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST YELLOW FEVER
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE

Certificarse que

This is to certify that

Je soussigné(e) certifie que

whose signature has been

given, signs as follows a continuation

dont la signature suit

has been vaccinated or revaccinated against yellow fever.

a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre la fièvre jaune à la date indiquée.

Luis A. Díaz Rami (signature) *24-06-72* (date)

Fecha Date	Firma y calidad profesional del vacunador Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité professionnelle du vaccinateur	Origen y número de lote de la vacuna empleada Origin and batch no. of vaccine Origine du vaccin employé et numéro du lot	Sello oficial del centro de vacunación Official stamp of vaccinating centre Cachet officiel du centre de vaccination
1	<i>[Signature]</i>	I. S. 5321. Pasteur	
2			2

Este certificado sólo será válido si la vacuna empleada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y si el centro de vacunación ha sido designado por la administración sanitaria del territorio en el cual está situado dicho centro.

La validez del presente certificado se extenderá por un período de diez años que comenzará a regir diez días después de la fecha de vacunación o, en caso de revacunación dentro de los diez años, en la fecha misma de revacunación.

Toda enmienda o borradura que aparezca en el certificado o la omisión de cualquiera de los datos requeridos podrá acarrear su invalidez.

This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccinating centre has been designated by the health administration for the territory in which that centre is situated.

The validity of this certificate shall extend for a period of ten years, beginning ten days after the date of vaccination, or in the event of a revaccination within such period of ten years, from the date of the revaccination.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid. Ce certificat n'est valable que si le vaccin employé a été approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé et si le centre de vaccination a été habilité par l'administration sanitaire du territoire dans lequel ce centre est situé.

La validez de ce certificat couvre une période de dix ans, commençant dix jours après la date de la vaccination ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de dix ans, le jour de cette revaccination.

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut altérer sa validité.

3000

INFORMACION DE INTERES PARA LOS VIAJEROS

1. Por regla general, el viajero debe ocuparse de que se ponga en sus certificados internacionales de vacunación contra la viruela y contra el cólera el "sello autorizado" sin el que esos certificados no tienen validez para los viajes internacionales.
2. La vacunación antimariólica de las personas que efectúen viajes internacionales deberá practicarse en uno de los centros específicamente designados al efecto. Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".
3. El período de validez de los certificados es el que se indica en éstos al pie de la página correspondiente.
4. Los viajeros revacunados contra el cólera o contra la fiebre amarilla durante el período de validez de un certificado de vacunación anterior, deberán conservar el certificado antiguo hasta que el nuevo sea valioso (a los 6 días en el caso del cólera y a los 10 días en el caso de la fiebre amarilla).
5. Requisitos exigidos en materia de vacunación: Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".

INFORMATION FOR TRAVELLERS

1. It is usually the responsibility of the traveller to have the "approved stamp" applied to the smallpox or the cholera vaccination certificate. The certificate is not valid for international travel without the stamp.
2. Yellow-fever vaccination for international travel must be obtained at a specially designated centre. See item 5 of "Information for physicians".
3. The duration of validity is given in the notes below each certificate.
4. Travellers revaccinated against cholera or yellow fever during the period of validity of a current vaccination certificate should retain the certificate until the new certificate is valid by itself (6 days in the case of cholera; 10 days in the case of yellow fever).
5. Vaccination requirements — See item 5 of "Information for physicians".



MINISTERIO DE SALUD

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



CERTIFICADOS INTERNACIONALES
DE VACUNACIÓN
INTERNATIONAL CERTIFICATES
OF VACCINATION
CERTIFICATS INTERNATIONAUX
DE VACCINATION

Expedido a
Issued to
Délivré à

Luis A. Díaz Ramírez

Número del pasaporte o de
la tarjeta de identificación
Passport No. or
Travel Document No.
Numéro du passeport ou
de la carte d'identité

REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL
INTERNATIONAL SANITARY REGULATIONS
REGLEMENT SAITAIRE INTERNATIONAL



II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

UNIAO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL REGIAO DO RIO GRANDE DO SUL

Rua Castro Alves, 398 - Porto Alegre - Brasil - Fones (0512) 311311 - 311387 - 311594 - Telex (051) 2787

ATESTADO DE APTIDÃO FÍSICA (FICHA DE SAÚDE)

Sobrenome: **DIAZ**

Nome: **Luis Alberto**

Data de Nascimento:

24 - VI - 1972

Endereço completo: **Hermanos Catari 267**

Código:

Nº de Seguro-Doença (governamental):

Maranga - San Miguel - LIMA 32 - PERU

Telefone residencial:

Nº hospital/médico local:

Grupo de Escoteiros (Nome e número):

LIMA 51-4940

CALLAO 99 - SCOUTS MARINOS (PERU)

DOENÇAS QUE JÁ TEVE, MARQUE COM UM (X)

Apendicite

Problema Cardíaco

Caxumba ☒

Outras (especifique)

Catapora

Problema Renal

Febre Reumática

Hérnia

Sarampo ☒

Escarlatina

SE ESTÁ SUJEITO A ALGUMA DAS SEGUINTE, MARQUE COM UM (X)

Incontinência Urinária

Cólicas

Dor de dente

Dores de cabeça

Necessita injeções

Bronquite

Diabete

Asma

Srupsões cutâneas

Frequência NO

Convulsões

Desmaios

Corisa

Sonambulismo

Soro necessita refrig.

Tem alergia a algum medicamento? (Nome)

Grupo sanguíneo:

"O"
POSITIVO

Picada de insetos?

Data da última vacina antitetânica:

Nome do Médico:

Data do último exame médico:

30 NOVIEMBRE 85

NOTA: Se o candidato é menor de idade, pais ou responsáveis devem assinar.
Caso contrário, o próprio candidato pode assinar.

Consentimento dos pais (se necessário).

A experiência tem mostrado que nas atividades com escoteiros, algumas vezes, quando ocorrem doenças ou acidentes, é necessária assistência médica ou cirúrgica. Esta é minha autorização para o responsável, ou seu representante, tomar providências para assistência médica ou cirúrgica para meu filho na eventualidade de uma emergência, sem necessidade de minha prévia autorização. Entendo que deverá ser notificado da forma mais rápida possível se esta autorização for utilizada.

Permissão para participar:

1. O abaixo-assinado, por meio desta, dá permissão para meu filho participar no:

II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

Evento

Assinatura:

Data: **30 Noviembre 1985**

Em caso de emergência notifique:

Nome: **C. de N. Manuel DIAZ Selgado**

Endereço:

Jr. Hermanos Catari 267

Fone: **LIMA 51-4940**

Maranga - San Miguel - LIMA 32

Se for se ausentar de sua residência no período que estiver se realizando o evento, indique onde pode ser encontrado.

Endereço:

Fone:

Outras observações pertinentes:

Notificar también a:

Agregado Naval del Perú en Brasil

Av. Das Nacoes - Sector Embaixadas - Lote 47

BRASILIA DF Tel.: BRASILIA 2429831

APOIO:



O RIO GRANDE SOMOS NÓS
FAÇA A SUA PARTE.
GOVERNO JAIR SOARES

FUNDAÇÃO
PARQUE OSÓRIO

(17)

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O REVACUNACION CONTRA LA
 FIEBRE AMARILLA
 INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST
 YELLOW FEVER
 CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA
 FIEVRE JAUNE

Certificate que

This is to certify that

Je soussigné(e) certifie que

whose signature follows

cuya firma aparece a continuación

dont la signature suit

has been vaccinated or revaccinated against yellow fever.

a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre la fièvre jaune à la date indiquée.

Ricardo E. Bero Aguirre el

date of birth

nó(e) le

10-07-72

SEX

SEXO

SEXO

Fecha Date	Firma y calidad profesional del vacunador Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité professionnelle du vaccinateur	Origen y número de lote de la vacuna empleada Origin and batch no. of vaccine Origine du vaccin employé et numéro du lot	Sello oficial del centro de vacunación Official stamp of vaccinating centre Cachet officiel du centre de vaccination
1	<i>[Signature]</i>	J. S. 5321 Pasteur	
2			2

Este certificado sólo será válido si la vacuna empleada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y si el centro de vacunación ha sido designado por la administración sanitaria del territorio en el cual está situado dicho centro.

La validez del presente certificado se extenderá por un período de diez años que comenzará a regir diez días después de la fecha de vacunación o, en caso de revacunación dentro de los diez años, en la fecha misma de revacunación.

Toda enmienda o borradura que aparezca en el certificado o la omisión de cualquiera de los datos requeridos podrá acarrear su invalidez.

This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccinating centre has been designated by the health administration for the territory in which that centre is situated.

The validity of this certificate shall extend for a period of ten years, beginning ten days after the date of vaccination, or in the event of a revaccination within such period of ten years, from the date of that revaccination.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid. Ce certificat n'est valable que si le vaccin employé a été approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé et si le centre de vaccination a été habilité par l'administration sanitaire du territoire dans lequel ce centre est situé.

La validez de ce certificat couvre une période de dix ans, commençant dix jours après la date de la vaccination ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de dix ans, le jour de cette revaccination.

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.

3000

INFORMACION DE INTERES PARA LOS VIAJEROS

1. Por regla general, el viajero debe ocuparse de que se ponga en sus certificados internacionales de vacunación contra la viruela y contra el cólera el "sello autorizado" sin el que esos certificados no tienen validez para los viajes internacionales.
2. La vacunación antimarilarica de las personas que efectúen viajes internacionales deberá practicarse en uno de los centros especialmente designados al efecto. Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".
3. El período de validez de los certificados es el que se indica en éstos al pie de la página correspondiente.
4. Los viajeros revacunados contra el cólera o contra la fiebre amarilla durante el período de validez de un certificado de vacunación anterior, deberán conservar el certificado antiguo hasta que el nuevo sea validero (a los 6 días en el caso del cólera y a los 10 días en el caso de la fiebre amarilla).
5. Requisitos exigidos en materia de vacunación: Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".

INFORMATION FOR TRAVELLERS

1. It is usually the responsibility of the traveller to have the "approved stamp" applied to the smallpox or the cholera vaccination certificate. The certificate is not valid for international travel without the stamp.
2. Yellow-fever vaccination for international travel must be obtained at a specially designated centre. See item 5 of "Information for physicians".
3. The duration of validity is given in the notes below each certificate.
4. Travellers revaccinated against cholera or yellow fever during the period of validity of a current vaccination certificate should retain the certificate until the new certificate is valid by itself (6 days in the case of cholera; 10 days in the case of yellow fever).
5. Vaccination requirements — See item 5 of "Information for physicians".

REGLEMENTO SANITARIO INTERNACIONAL
INTERNATIONAL SANITARY REGULATIONS
REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL



MINISTERIO DE SALUD

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



CERTIFICADOS INTERNACIONALES
DE VACUNACIÓN
INTERNATIONAL CERTIFICATES
OF VACCINATION
CERTIFICATS INTERNATIONAUX
DE VACCINATION

Expedido a
Issued to
Délivré à

Ricardo E. Buono
Aguirre

Número del pasaporte o de
la tarjeta de identificación
Passport No. or
Travel Document No.
Numéro du passeport ou
de la carte d'identité



II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

UNIAO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL REGIAO DO RIO GRANDE DO SUL

Rua Castro Alves, 398 - Porto Alegre - Brasil - Fones (0512) 311811 - 311817 - 311594 - Telex (051) 2787

ATESTADO DE APTIDÃO FÍSICA (FICHA DE SAÚDE)

obrenome: **BRAVO**

Nome: **Ricardo Eusebio**

Data de Nascimento:

10 - VII - 1972

Endereço completo: **Los Nogales 331**

Código:

Nº do Registro-Doença (Governamental):

rb. Campanha - Bellavista - CALLAO 2 - PERU

telefone residencial: N° hospital/médico local:

Grupo de Escoteiros (Nome e número):

LIMA 64-3047

CALLAO 99 - SCOUTS MARINOS (PERU)

DOENÇAS QUE JÁ TEVE, MARQUE COM UM (x)

Apêndice

Problema Cardíaco

Caxumba

Outras (especifique)

Catapora **X**

Problema Renal

Febre Reumática

Hérnia

Sarampo

Escarlatina

SE ESTÁ SUJEITO A ALGUMA DAS SEGUINTE, MARQUE COM UM (x)

☒ Incontinência Urinária

☐ Cólicas

☐ Dor de dente

☐ Dores de cabeça

☐ Necessita injeções

☐ Bronquite

☐ Diabetes

☐ Asma

☐ Erupções cutâneas

☐ Frequência **40**

☐ Convulsões

☐ Desmaios

☐ Coriza

☐ Sonambulismo

☐ Soro necessita refrig.

☒ Tem alergia a algum medicamento? (Nome)

EPAMIN (FENITOÍNA SÓDICA)

Grupo sanguíneo:

"O"

☐ Picada de insetos?

POSITIVO

Data da última vacina antitetânica:

Nome do Médico:

Data do último exame médico:

30 NOVEMBRE 85

NOTA: Se o candidato é menor de idade, pais ou responsáveis devem assinar.
Caso contrário, o próprio candidato pode assinar.

Consentimento dos pais (se necessário).

A experiência tem mostrado que nas atividades com escoteiros, algumas vezes, quando ocorrem doenças ou acidentes, é necessária assistência médica ou cirúrgica. Esta é minha autorização para o responsável, ou seu representante, tomar providências para assistência médica ou cirúrgica para meu filho na eventualidade de uma emergência, sem necessidade de notificação prévia autorização. Entendo que deverei ser notificado da forma mais rápida possível se esta autorização for utilizada.

Permissão para participar:

1. O abaixo-assinado, por meio desta, dá permissão para meu filho participar no:

II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

Evento

Assinatura:

Data: **30 Noviembre 1985**

Em caso de emergência notifique:

Nome: **C. de F. Eusebio BRAVO Reid**

Endereço: **Los Nogales 331**

Fone: **LIMA 64 - 3047**

Campanha - Bellavista - CALLAO

Se for se ausentar de sua residência no período que estiver se realizando o evento, indique onde pode ser encontrado.

Endereço: _____ Fone: _____

Outras observações pertinentes:

Notificar también a:

Agregado Naval del Perú en Brasil

Av. Das Nacoes - Sector Embaixadas - Lote 47

BRASILIA DF Tel.: BRASILIA 2429831

APOIO:



O RIO GRANDE SOMOS NÓS.
FAÇA A SUA PARTE
GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL

FUNDAÇÃO
PARQUE OSÓRIO

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O REVACUNACION CONTRA LA FIEBRE AMARILLA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST YELLOW FEVER
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE

Certificate que

This is to certify that
Je soussigné(e) certifie que
whose signature follows
cuya firma aparece a continuación
dont la signature suit

has sido vacunado(a) o revacunado(a) contra la fiebre amarilla en la fecha indicada.
has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against yellow fever.
a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre la fièvre jaune a la date indiquée.

} *Diego M. Ferrer Murguía* (a) el } 9-06-71
né(e) le }

sex
sexo
sexe

Fecha Date	Firma y calidad profesional del vacunador Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité professionnelle du vaccinateur	Origen y número de lote de la vacuna empleada Origin and batch no. of vaccine Origine du vaccin employé et numéro du lot	Sello oficial del centro de vacunación Official stamp of vaccinating centre Cachet officiel du centre de vaccination
1	<i>[Signature]</i>	F-5. 5321 Pasteur	1 
2			2

Este certificado sólo será válido si la vacuna empleada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y si el centro de vacunación ha sido designado por la administración sanitaria del territorio en el cual está situado dicho centro.

La validez del presente certificado se extenderá por un período de diez años que comenzará a regir diez días después de la fecha de vacunación o, en caso de revacunación dentro de los diez años, en la fecha misma de revacunación.

Toda emienda o borradura que aparezca en el certificado o la omisión de cualquiera de los datos requeridos podrá acarrear su invalidez.

This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccinating centre has been designated by the health administration for the territory in which that centre is situated.

The validity of this certificate shall extend for a period of ten years, beginning ten days after the date of vaccination, or in the event of a revaccination within such period of ten years, from the date of that revaccination.

Any emendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid. Le certificat n'est valable que si le vaccin employé a été approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé et si le centre de vaccination a été habilité par l'administration sanitaire du territoire dans lequel ce centre est situé.

La validez de ce certificat couvre une période de dix ans, commençant dix jours après la date de la vaccination ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de dix ans, le jour de cette revaccination.

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.

3000

INFORMACION DE INTERES PARA LOS VIAJEROS

1. Por regla general, el viajero debe ocuparse de que se ponga en sus certificados internacionales de vacunación contra la viruela y contra el cólera el "sello autorizado" sin el que esos certificados no tienen validez para los viajes internacionales.
2. La vacunación antiepidémica de las personas que efectúen viajes internacionales deberá practicarse en uno de los centros especialmente designados al efecto. Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".
3. El período de validez de los certificados es el que se indica en éstos al pie de la página correspondiente.
4. Los viajeros revacunados contra el cólera o contra la fiebre amarilla durante el período de validez de un certificado de vacunación anterior, deberán conservar el certificado antiguo hasta que el nuevo sea valioso (a los 6 días en el caso del cólera y a los 10 días en el caso de la fiebre amarilla).
5. Requisitos exigidos en materia de vacunación. Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".

INFORMATION FOR TRAVELLERS

1. It is usually the responsibility of the traveller to have the "approved stamp" applied to the smallpox or the cholera vaccination certificate. The certificate is not valid for international travel without the stamp.
2. Yellow-fever vaccination for international travel must be obtained at a specially designated centre. See item 5 of "Information for physicians".
3. The duration of validity is given in the notes below each certificate.
4. Travellers revaccinated against cholera or yellow fever during the period of validity of a current vaccination certificate should retain the certificate until the new certificate is valid by itself (6 days in the case of cholera; 10 days in the case of yellow fever).
5. Vaccination requirements — See item 5 of "Information for physicians".

REGlamento Sanitario Internacional
INTERNATIONAL SANITARY REGULATIONS
Règlement Sanitaire International



MINISTERIO DE SALUD

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



CERTIFICADOS INTERNACIONALES
DE VACUNACIÓN
INTERNATIONAL CERTIFICATES
OF VACCINATION
CERTIFICATS INTERNATIONAUX
DE VACCINATION

Expedido a
Issued to
Délivré à

*Diego M. Fene Mue-
guía*

Número del pasaporte o de
la tarjeta de identificación
Passport No. or
Travel Document No.
Numéro du passeport ou
de la carte d'identité



II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

UNIAO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL REGIAO DO RIO GRANDE DO SUL

Rua Castro Alves, 398 - Porto Alegre - Brasil - Fones (0512) 311811 - 311187 - 311594 - Telex (051) 2787

ATESTADO DE APTIDAO FISICA (FICHA DE SAUDE)

sobrenome: **FERRÉ**

Nome: **Diego Martín**

Data de Nascimento:

9 - VI - 1971

Endereço completo: **Calle 7, Mz A 1 Lote 20** Código:

Nº do Seguro-Doença (Governamental):

Urb. La Calera de la Merced - Surquillo - LIMA 34 - PERU

telefone residencial: N° hospital/médico local:

Grupo de Escoteiros (Nome e número):

LIMA 47-9121

GALLAO 99 - SCOUTS MARINOS (PERU)

DOENÇAS QUE JÁ TEVE, MARQUE COM UM (X)

Apendicite

Problema Cardíaco

Caxumba ☒

Outras (especifique)

Catapora

Problema Renal

Febre Reumática

Hérnia

Sarampo ☒

Escarlatina

SE ESTÁ SUJEITO A ALGUMA DAS SEQUINTE, MARQUE COM UM (X)

Incontinência Urinária

Cólicas

Dor de dente

Dores de cabeça

Necessita injeções

☒ Bronquite

Diabete

Asma

Erupções cutâneas

Frequência NO

Convulsões

Desmaios

Corisa

Sonambulismo

Soro necessita refrig.

Tem alergia a algum medicamento? (Nome)

Grupo Sanguíneo:

Picada de insetos?

"AB"
POSITIVO

Data da ultima vacina antitetânica: 1983

Nome do Médico:

Data do ultimo exame médico: 30 NOVIEMBRE 85.

Manuel Ferré Ferré
Manuel Ferré Ferré
CMSP, CBB

NOTA: Se o candidato é menor de idade, pais ou responsáveis devem assinar.
Caso contrário, o próprio candidato pode assinar.

Consentimento dos pais (se necessário).

A experiência tem mostrado que nas atividades com escoteiros, algumas vezes, quando ocorrem doenças ou acidentes, é necessária assistência médica ou cirúrgica. Esta é minha autorização para o responsável, ou seu representante, tomar providências para assistência médica ou cirúrgica para meu filho na eventualidade de uma emergência, sem necessidade de minha prévia autorização. Entendo que deve ser notificado da forma mais rápida possível se esta autorização for utilizada.

Permissão para participar:

1. O abaixo-assinado, por meio desta, dá permissão para meu filho participar no:

II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

Evento

Assinatura: *Manuel Ferré Ferré*

Data: **30 Noviembre 1985**

Em caso de emergência notifique:

Nome: **Sr. Manuel Ferré Ferré**

Endereço: **Calle 7 Mz A 1 Lt. 20**

Fone: **LIMA 47-9121**

Urb. La Calera de la Merced, Surquillo, LIMA

Se for se ausentar de sua residência no período que estiver se realizando o evento, indique onde pode ser encontrado.

Endereço: Fone:

Outras observações pertinentes:

Notificar también a:

Agregado Naval del Perú en Brasil.

Av. Das Nações - Sector Embaixadas - Lote 47

BRASILIA DF Tel.: BRASILIA 2429831

APOIO:



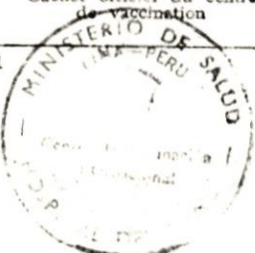
GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL
FACA A SUA PARTE
GOVERNO JAIR SOARES

FUNDAÇÃO
PARQUE OSÓRIO

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O REVACUNACION CONTRA LA FIEBRE AMARILLA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST YELLOW FEVER
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE

Certificase que
This is to certify that
Je soussigné(e) certifie que
whose signature follows
cuya firma aparece a continuación
dont la signature suit
ha sido vacunado(a) o revacunado(a) contra la fiebre amarilla en la fecha indicada.
has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against yellow fever.
a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre la fièvre jaune à la date indiquée.

Ricardo De la Puente *Grande* *4-09-73*
nacido(a) el date of birth
né(e) le
sex
sexo

Fecha Date	Firma y calidad profesional del vacunador Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité professionnelle du vaccinateur	Origen y número de lote de la vacuna empleada Origin and batch no. of vaccine Origine du vaccin employé et numéro du lot	Sello oficial del centro de vacunación Official stamp of vaccinating centre Cachet officiel du centre de vaccination
1	<i>16 DEC 1973</i> <i>Le Lag</i>	<i>I-S, 5321. Pasteur</i>	1 
2			2

Este certificado sólo será válido si la vacuna empleada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y si el centro de vacunación ha sido designado por la administración sanitaria del territorio en el cual está situado dicho centro.
La validez del presente certificado se extenderá por un período de diez años que comenzará a regir diez días después de la fecha de vacunación o, en caso de revacunación dentro de los diez años, en la fecha misma de revacunación.
Toda enmienda o borradura que aparezca en el certificado o la omisión de cualquiera de los datos requeridos podrá acarrear su invalidez.
This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccinating centre has been designated by the health administration for the territory in which that centre is situated.
The validity of this certificate shall extend for a period of ten years, beginning ten days after the date of vaccination, or in the event of a revaccination within such period of ten years, from the date of the revaccination.
Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.
Ce certificat n'est valable que si le vaccin employé a été approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé et si le centre de vaccination a été habilité par l'administration sanitaire du territoire dans lequel ce centre est situé.
La validité de ce certificat couvre une période de dix ans, commençant dix jours après la date de la vaccination, ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de dix ans, le jour de cette revaccination.
Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions qu'il est porté peut affecter sa validité.

3000

INFORMACION DE INTERES PARA LOS VIAJEROS

1. Por regla general, el viajero debe ocuparse de que se ponga en sus certificados internacionales de vacunación contra la viruela y contra el cólera el "sello autorizado" sin el que esos certificados no tienen validez para los viajes internacionales.
2. La vacunación antiamarílica de las personas que efectúen viajes internacionales deberá practicarse en uno de los centros especialmente designados al efecto. Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".
3. El período de validez de los certificados es el que se indica en éstos al pie de la página correspondiente.
4. Los viajeros revacunados contra el cólera o contra la fiebre amarilla durante el período de validez de un certificado de vacunación anterior, deberán conservar el certificado antiguo hasta que el nuevo sea válido (a los 6 días en el caso del cólera y a los 10 días en el caso de la fiebre amarilla).
5. Requisitos exigidos en materia de vacunación: Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".

INFORMATION FOR TRAVELLERS

1. It is usually the responsibility of the traveller to have the "approved stamp" applied to the smallpox or the cholera vaccination certificate. The certificate is not valid for international travel without the stamp.
2. Yellow-fever vaccination for international travel must be obtained at a specially designated centre. See item 5 of "Information for physicians".
3. The duration of validity is given in the notes below each certificate.
4. Travellers revaccinated against cholera or yellow fever during the period of validity of a current vaccination certificate should retain the certificate until the new certificate is valid by itself (6 days in the case of cholera; 10 days in the case of yellow fever).
5. Vaccination requirements — See item 5 of "Information for physicians".



MINISTERIO DE SALUD

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



CERTIFICADOS INTERNACIONALES
DE VACUNACIÓN
INTERNATIONAL CERTIFICATES
OF VACCINATION
CERTIFICATS INTERNATIONAUX
DE VACCINATION

REGlamento Sanitario Internacional
INTERNATIONAL SANITARY REGULATIONS
Reglement Sanitaire International

Expedido a
Issued to
Délivré à

Ricardo De la Puente
grande

Número del pasaporte o de
la tarjeta de identificación
Passport No. or
Travel Document No.
Numéro du passeport ou
de la carte d'identité



II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

UNIAO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL REGIAO DO RIO GRANDE DO SUL

Rua Castro Alves, 398 - Porto Alegre - Brasil - Fones (0512) 311811 - 311187 - 311594 - Telex (051) 2787

ATESTADO DE APTIDÃO FÍSICA (FICHA DE SAUDE)

obronome: **DE LA PUENTE**

Nome: **Ricardo**

Data de Nascimento:

1º - IX - 1973

Endereço completo: **Las Camelias 491 Dpto. 603** Código: **375**

Nº do Seguro-Doença (Governamental):

San Isidro - LIMA 27 - PERU

Telefone residencial: **LIMA 42-0637** Nº hospital/médico local:

Grupo de Escoteiros (Nome e número):

CALLAO 99 - SCOUTS MARIPOS (PERU)

DOENÇAS QUE JÁ TEVE, MARQUE COM UM (X)

Apêndice

Problema Cardíaco

Caxumba ☒

Outras (especifique)

Catapora

Problema Renal

Febre reumática

Hérnia

Sarampo ☒

Escarlatina

SE ESTÁ SUJEITO A ALGUMA DAS SEGUINTE, MARQUE COM UM (X)

Incontinência Urinária

Cólicas

Dor de dente

Dores de cabeça

Necessita injeções

Bronquite

Diabete

Asma

Erupções cutâneas

Frequência **NO**

Convulsões

Desmaios

Corisa

Sonambulismo

Soro necessita refrig.

Tem alergia a algum medicamento? (Nome)

Grupo Sanguíneo

"O"
NEGATIVO

Picada de insetos?

Data da última vacina antitetânica:

Nome do Médico:

Data do último exame médico:

30 NOVEMBRO 85

Rolando Ortiz Velasco
Médico Cirurgião
CMT 1 0004

NOTA: Se o candidato é menor de idade, pais ou responsáveis devem assinar.
Caso contrário, o próprio candidato pode assinar.

Consentimento dos pais (se necessário).

A experiência tem mostrado que nas atividades com escoteiros, algumas vezes, quando ocorrem doenças ou acidentes, é necessária assistência médica ou cirúrgica. Esta é minha autorização para o responsável, ou seu representante, tomar providências para assistência médica ou cirúrgica para meu filho na eventualidade de uma emergência, sem necessidade de minha prévia autorização. Entendo que deverei ser notificado da forma mais rápida possível se esta autorização for utilizada.

Permissão para participar:

1. O abaixo-assinado, por meio desta, dá permissão para meu filho participar no:

II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

Evento

Assinatura:

Alejandro De la Puente

Data: **30 Novembro 1985**

Em caso de emergência notifique:

Nome: **Sr. Alejandro De la Puente** Endereço: **Las Camelias 491 - 603** Telefone: **LIMA 42 - 0637**
San Isidro - Lima 27

Se for se ausentar de sua residência no período que estiver se realizando o evento, indique onde pode ser encontrado.

Endereço: _____ Fone: _____

Outras observações pertinentes:

Notificar también a:

Agregado Naval del Perú en Brasil
Av. Das Nacoes - Sector Embaixadas - Loto 47
BRASILIA DF . TEL.: BRASILIA 2429831

APOIO:



GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL
FAÇA A SUA PARTE
GOVERNO JANI JOARES

FUNDAÇÃO
PARQUE OSÓRIO

(22)

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O REVACUNACION CONTRA LA FIEBRE AMARILLA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST YELLOW FEVER
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE

Certificase que

This is to certify that

Je soussigné(e) certifie que

whose signature follows

cuyo firma aparece a continuación

dont la signature suit

ha sido vacunado(a) o revacunado(a) contra la fiebre amarilla en la fecha indicada.

has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against yellow fever.

a été vacciné(e) ou revacciné(e) contre la fièvre jaune a la date indiquée.

Dr. J. O'Donnell nacido(a) el *8-02-74*
Velisquez date of birth *8-02-74*
 né(e) le *8-02-74*
 SEX *MALE*
 SEX *MALE*

Fecha Date	Firma y calidad profesional del vacunador Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité professionnelle du vaccinateur	Origen y número de lote de la vacuna emplenda Origin and batch no. of vaccine Origine du vaccin employé et numéro du lot	Sello oficial del centro de vacunación Official stamp of vaccinating centre Cachet officiel du centre de vaccination
1 <i>16 Dec 1983</i>	<i>[Signature]</i>	<i>I-5 5321 Posteur</i>	
2			2

Este certificado sólo será válido si la vacuna empleada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y si el centro de vacunación ha sido designado por la administración sanitaria del territorio en el cual está situado dicho centro.

La validez del presente certificado se extenderá por un período de diez años que comenzará a regir diez días después de la fecha de vacunación o, en caso de revacunación dentro de los diez años, en la fecha misma de revacunación.

Toda enmienda o borradura que aparezca en el certificado o la omisión de cualquiera de los datos requeridos podrá acarrear su invalidez.

This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccinating centre has been designated by the health administration for the territory in which that centre is situated.

The validity of this certificate shall extend for a period of ten years, beginning ten days after the date of vaccination, or in the event of a revaccination within such period of ten years, from the date of that revaccination.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid. Le certificat n'est valable que si le vaccin employé a été approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé et si le centre de vaccination a été habilité par l'administration sanitaire du territoire dans lequel ce centre est situé.

La validité de ce certificat couvre une période de dix ans, commençant dix jours après la date de la vaccination ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de dix ans, le jour de cette revaccination.

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.

3000

INFORMACION DE INTERES PARA LOS VIAJEROS

1. Por regla general, el viajero debe ocuparse de que se ponga en sus certificados internacionales de vacunación contra la viruela y contra el cólera el "sello autorizado" sin el que esos certificados no tienen validez para los viajes internacionales.

2. La vacunación antimariólica de las personas que efectúen viajes internacionales deberá practicarse en uno de los centros especialmente designados al efecto. Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".

3. El período de validez de los certificados es el que se indica en éstos al pie de la página correspondiente.

4. Los viajeros revacunados contra el cólera o contra la fiebre amarilla durante el período de validez de un certificado de vacunación anterior, deberán conservar el certificado antiguo hasta que el nuevo sea valedero (a los 6 días en el caso del cólera y a los 10 días en el caso de la fiebre amarilla).

5. Requisitos exigidos en materia de vacunación. Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".

INFORMATION FOR TRAVELLERS

1. It is usually the responsibility of the traveller to have the "approved stamp" applied to the smallpox or the cholera vaccination certificate. The certificate is not valid for international travel without the stamp.

2. Yellow-fever vaccination for international travel must be obtained at a specially designated centre. See item 5 of "Information for physicians".

3. The duration of validity is given in the notes below each certificate.

4. Travellers revaccinated against cholera or yellow fever during the period of validity of a current vaccination certificate should retain the certificate until the new certificate is valid by itself (6 days in the case of cholera; 10 days in the case of yellow fever).

5. Vaccination requirements — See item 5 of "Information for physicians".

REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL
INTERNATIONAL SANITARY REGULATIONS
REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL



MINISTERIO DE SALUD

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



CERTIFICADOS INTERNACIONALES
DE VACUNACIÓN

INTERNATIONAL CERTIFICATES
OF VACCINATION

CERTIFICATS INTERNATIONAUX
DE VACCINATION

Expedido a
Issued to
Délivré à

Orantes J. O'Donnell
Velásquez

Número del pasaporte o de
la tarjeta de identificación
Passport No. or
Travel Document No.
Numéro du passeport ou
de la carte d'identité



II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

UNIÃO DOS ESCOTEIROS DO BRASIL REGIÃO DO RIO GRANDE DO SUL

Rua Castro Alves, 398 - Porto Alegre - Brasil - Fones (0512) 311811 - 31187 - 311594 - Telex (051) 2787

ATESTADO DE APTIDÃO FÍSICA (FICHA DE SAÚDE)

Sobrenome: **O'DONNELL**

Nome: **Orestes José**

Data de Nascimento:

8 - II - 1974

Endereço completo: **Hassinger 158**

Código:

Nº do Seguro-Licença (Governo Federal):

San Borja - LIMA 41 - PERU

Telefone residencial: Nº hospital/médico local:

Grupo de Escoteiros (Nome e número):

CALLAO 99 - SCOUTS MARINOS (PERU)

DOENÇAS QUE JÁ TEVE, MARQUE COM UM (X)

Apendicite

Problema Cardíaco

Caxumba

Outras (especifique)

Catapora

Problema Renal

Febre Reumática

Hérnia

Sarampo

Escarlatina

SE ESTÁ SUJEITO A ALGUMA DAS SEGUINTE, MARQUE COM UM (X)

Incontinência Urinária

Cólicas

Dor de dente

Dores de cabeça

Necessita injeções

Bronquite

Diabete

Asma

Erupções cutâneas

Frequência **NO**

Convulsões

Desmaios

Consa

Sonambulismo

Soro necessita refrig.

Tem alergia a algum medicamento? (Nome)

PENICILINA

Grupo Sanguíneo

"O"

Picada de insetos?

NO

POSITIVO

Data da última vacina antitetânica:

Nome do Médico:

Data do último exame médico:

30 NOVEMBRO 85

Relando Orestes Viana
Médico-Cirurgião
CRM 10236

NOTA: Se o candidato é menor de idade, pais ou responsáveis devem assinar.
Caso contrário, o próprio candidato pode assinar.

Consentimento dos pais (se necessário).

A experiência tem mostrado que nas atividades com escoteiros, algumas vezes, quando ocorrem doenças ou acidentes, é necessária assistência médica ou cirúrgica. Esta é minha autorização para o responsável, ou seu representante, tomar providências para assistência médica ou cirúrgica para meu filho na eventualidade de uma emergência, sem necessidade de minha prévia autorização. Entendo que deverá ser notificado da forma mais rápida possível se esta autorização for utilizada.

Permissão para participar:

1. O abaixo-assinado, por meio desta, dá permissão para meu filho participar no:

II JAMBOREE 86 - CONE SUL E BRASIL

Evento

Assinatura:

Data:

30 Novembro 1985

Em caso de emergência notifique:

Nome: **C.de F. Orestes O'Donnell P.**

Endereço: **Hassinger 158**

LIMA 61-9178

San Borja - LIMA 41

Se for se ausentar de sua residência no período que estiver se realizando o evento, indique onde pode ser encontrado.

Endereço:

Fone:

Outras observações pertinentes:

Notificar también a:

Agencia Naval del Perú en Brasil

Av. Das Nações - Sector Embaixadas - Lote 47

BRASILIA DF . Tel.: BRASILIA 2429831

APOIO:



GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL
FACIA A SUA PARTE
GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL

FUNDAÇÃO
PARQUE OSÓRIO

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O REVACUNACION CONTRA LA FIEBRE AMARILLA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR REVACCINATION AGAINST YELLOW FEVER
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE REVACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE

Certificate que

This is to certify that

Je soussigné(e) certifie que

whose signature follows

cuya firma aparece en continuación

dont la signature suit

ha sido vacunado(a) o revacunado(a) contra la fiebre amarilla en la fecha indicada.

has on the date indicated been vaccinated or revaccinated against yellow fever.

a été vacciné(e) ou révaciné(e) contre la fièvre jaune à la date indiquée.

Maria Maria Serija nacido(a) el 14-12-48
vdo. de Casio date of birth né(e) le sex
sezo

Fecha Date	Firma y calidad profesional del vacunador Signature and professional status of vaccinator Signature et qualité professionnelle du vaccinateur	Origen y número de lote de la vacuna empleada Origin and batch no. of vaccine Origine du vaccin employé et numéro du lot	Sello oficial del centro de vacunación Official stamp of vaccinating centre Cachet officiel du centre de vaccination
1		J- S. 5321 Pasteur	
2			2

Este certificado sólo será válido si la vacuna empleada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y si el centro de vacunación ha sido designado por la administración sanitaria del territorio en el cual está situado dicho centro.

La validez del presente certificado se extenderá por un período de diez años que comenzará a regir diez días después de la fecha de vacunación o, en caso de revacunación dentro de los diez años, en la fecha misma de revacunación.

Toda enmienda o borradura que aparezca en el certificado o la omisión de cualquiera de los datos requeridos podrá acarrear su invalidez.

This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccinating centre has been designated by the health administration for the territory in which that centre is situated.

The validity of this certificate shall extend for a period of ten years, beginning ten days after the date of vaccination, or in the event of a revaccination within such period of ten years, from the date of that revaccination.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid. Le certificat n'est valable que si le vaccin employé a été approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé et si le centre de vaccination a été habilité par l'administration sanitaire du territoire dans lequel ce centre est situé.

La validité de ce certificat couvre une période de dix ans, commençant dix jours après la date de la vaccination ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de dix ans, le jour de cette revaccination.

Toute correction ouasure sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des mentions qu'il comporte peut affecter sa validité.

3000

INFORMACION DE INTERES PARA LOS VIAJEROS

1. Por regla general, el viajero debe ocuparse de que se ponga en sus certificados internacionales de vacunación contra la viruela y contra el cólera el "sello autorizado" sin el que esos certificados no tienen validez para los viajes internacionales.

2. La vacunación antiamarilla de las personas que efectúen viajes internacionales deberá practicarse en uno de los centros especialmente designados al efecto. Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".

3. El período de validez de los certificados es el que se indica en los datos al pie de la página correspondiente.

4. Los viajeros revacunados contra el cólera o contra la fiebre amarilla durante el período de validez de un certificado de vacunación anterior, deberán conservar el certificado antiguo hasta que el nuevo sea válido (6 días en el caso del cólera y 10 días en el caso de la fiebre amarilla).

5. Requisitos exigidos en materia de vacunación. Véase el párrafo 5 del apartado "Información de interés para los médicos".

INFORMATION FOR TRAVELLERS

1. It is usually the responsibility of the traveller to have the "approved stamp" applied to the smallpox or the cholera vaccination certificate. The certificate is not valid for international travel without the stamp.

2. Yellow-fever vaccination for international travel must be obtained at a specially designated centre. See item 5 of "Information for physicians".

3. The duration of validity is given in the notes below each certificate.

4. Travellers revaccinated against cholera or yellow fever during the period of validity of a current vaccination certificate should retain the certificate until the new certificate is valid by itself (6 days in the case of cholera; 10 days in the case of yellow fever).

5. Vaccination requirements — See item 5 of "Information for physicians".



MINISTERIO DE SALUD

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



CERTIFICADOS INTERNACIONALES
DE VACUNACIÓN

INTERNATIONAL CERTIFICATES
OF VACCINATION

CERTIFICATS INTERNATIONAUX
DE VACCINATION

REGlamento Sanitario Internacional
INTERNATIONAL SANITARY REGULATIONS
Règlement Sanitaire International

Expedido a
Issued to
Délivré à

María Mercedes Sanja
Vela de Cano

Número del pasaporte o de
la tarjeta de identificación
Passport No. or
Travel Document No.
Numéro du passeport ou
de la carte d'identité



IATE CLUBE DE ITAMARACA

AVISO DE REGATAS
DEL XIV CAMPEONATO SUDAMERICANO
DE CLASE OPTIMIST - 1986

ISLA DE ITAMARACA , PERNAMBUCO
BRASIL

PRESENTACION

El Club de Yates de Itamaracá realizará en Pernambuco, con el apoyo de la Asociación Brasileira de la Clase Optimist, Gobierno del Estado de Pernambuco/Secretaría de Turismo, Cultura y Deportes, del Ministerio de Educación/Secretaría de Educación Física y Deportes de la Confederación Brasileira de Vela y Motor y de la Federación Pernambucana de Vela y Motor, el XIV Campeonato Sudamericano de Clase Optimist (1986), durante el período comprendido entre el 25 Enero y el 03 de Febrero 1986.

Esta competencia comprenderá la realización de dos campeonatos:

- a) Un Campeonato individual, con 7 regatas;
- b) Un Campeonato por equipos, con 3 regatas.

Las regatas se efectuarán en la Playa de Ambar en la Isla de Itamaracá (Pernambuco), frente a la sede del Club de Yates de Itamaracá.

1. REGLAMENTO

El XIV Campeonato Sudamericano de Clase Optimist (1986) se regirá por el Reglamento de Regatas de la I.Y.R.U. - 1981/1985, por el reglamento de la I.O.D.A. y por las normas de competencia de la Confederación de Vela y Motor resumidas en las Instrucciones de Regatas.

2. CALENDARIO DE LAS COMPETENCIAS

El XIV Campeonato Sudamericano de Clase Optimist 1986 se regirá al siguiente calendario:

Sábado 25 Enero y

Domingo 26 Enero

- . Recepción en el Aeropuerto de Guararapas y Traslado a la Isla de Itamaracá (incluyendo las embarcaciones);
- . Alojamiento disponibles;
- . Inscripción y medición de embarcaciones

...///

Segunda Fecha, 27 Enero

- . Recepción en el Aeropuerto de Guararapes y Traslado a la Isla de Itamaracá (incluyendo las embarcaciones);
- . Alojamiento disponibles;
- . Inscripción y medición de embarcaciones;
- . Ceremonia de Apertura;

Tercera Fecha, 28 de Enero

- . Regata de Apertura;
- . Primera Regata;

Cuarta Fecha, 29 de Enero

- . Segunda y Tercera Regatas;

Quinta Fecha, 30 de Enero

- . Cuarta y Quinta Regatas;

Sexta Fecha, 31 de Enero

- . Sexta y Séptima Regatas;

Sábado 1ro. de Febrero

- . Regata retrasada y Primera Regata por equipos;
- . Regata retrasada y Segunda Regata por equipos

Domingo 2 de Febrero

- . Tercera Regatas por equipos;
- . Ceremonia Premiación;
- . Fiesta de Clausura;

Segunda Fecha, 3 de Febrero

- . Salida de los Alojamientos;
- . Traslado al Aeropuerto de Guararapes (incluyendo embarcaciones).

El XIV Campeonato Sudamericano de la Clase Optimist, en la categoría individual, será válido con la realización de siete regatas, valiendo seis; ó seis regatas, valiendo cinco, ó cinco, valiendo cuatro; ó, como mínimo, 4 regatas (en cuyo caso no habrá descartes) y, en la categoría por equipos, con la realización de, por lo menos, una regata.

3. PARTICIPANTES

El XIV Campeonato Sudamericano de la clase Optimist (1986), estará abierto a la participación de Atletas representantes de todos los países sudamericanos, pudiendo cada país inscribir hasta 15 timoneles, presentados por su Asociación Nacional y nacidos, comprobadamente, después del 31 de Diciembre de 1970. Este Campeonato está también abierto para veleristas oriundos de países no sudamericanos.

4. INSCRIPCIONES

Las inscripciones deberán ser enviadas a:

- . Club de Yate de Itamaracá
(Comisión Organizadora del XIV Campeonato Sudamericano de Clase Optimist)
Avenida Conselheiro Aguiar, Nro. 1360 - Sala 127.
Boa Viagem. Teléfono: (081) 325.21.48
Cep: 50.000 Recife/Pernambuco/Brasil.

El valor de la inscripción por timonel será abonada en cruzeiros en un valor equivalente a US. 80 dólares americanos al cambio oficial del día, lo que dará el derecho de recibir, sin otros abonos y durante el período del 25 de Enero al 2 de Febrero 1986, lo siguiente:

- . Alojamiento en el Hotel seleccionado por el Club de Yates de Itamaracá y localizado en la isla de Itamaracá;
- . Alimentación en el Restaurant del Club de Yates de Itamaracá que comprende: desayuno, almuerzo o merienda entre regatas y cena;

y participar en la Fiesta de Apertura del Campeonato y Cena de Clausura así como de recibir tres camisas promocionales de XIV Campeonato Sudamericano de Clase Optimist.

5. PREMIOS

En lo referente al Campeonato individual serán conferidos los siguientes premios:

- . Trofeos de participación para todos los timoneros inscritos;
- . Trofeo para el Timonel mejor clasificado de cada país;
- . Trofeo para el Timonel nacido después del año 1972 mejor clasificado;
- . Trofeo para el Timonel nacido después del año 1975 mejor clasificado;
- . Trofeo para la Timonel femenina mejor clasificada;
- . Trofeo para los timoneles mejor clasificados.

En lo referente al campeonato por equipos serán conferidos Trofeos a los timoneles integrantes del equipo ganador y un Trofeo especial a la Asociación Nacional del país ganador.

6. INSTRUCCIONES DE REGATA

El Club de Yate de Itamaracá distribuirá las Instrucciones de Regatas a cada Asociación Nacional de país participante a partir del 30 de Noviembre 1985.

7. PUNTAJE, DESCARTES Y EMPATES

En el Campeonato Individual y por Equipos se adoptará el sistema de puntuación olímpica considerando que en el Campeonato por equipos se sumarán los puntajes de los cuatro timoneles mejores clasificados de cada equipo.

En caso de empate entre dos o más equipos se aplicará lo previsto en el artículo 4.2.b. (III) del apéndice 4 del Reglamento de Regatas de la I.Y.R.U.

8. RECLAMOS Y PROTESTAS

Las decisiones de la Comisión de Protestas del XIV Campeonato Sudamericano de clase Optimist, serán inapelables.

9. ALOJAMIENTO, ALIMENTACION Y OTROS BENEFICIOS

A los timoneles inscritos les serán concedidos los beneficios de alojamiento y alimentación ya descritos en el artículo 4to. de este Programa de Regatas. A los demás participantes del XIV Campeonato Sudamericano de clase Optimist, acreditados como "Team Leader", entrenador, o Representante del País y demás acompañantes de los timoneles, la Comisión Organizadora proporcionará de modo gratuito los siguientes beneficios:

- . Recepción en el Aeropuerto de Guararapes;
- . Traslado del Aeropuerto de Guararapes a la Isla de Itamaracá y de la Isla, al Aeropuerto de Guararapes.
- . Traslado desde los Hoteles Oficiales de la Competencia hasta la Sede del Club de Yates de Itamaracá y retorno a los Hoteles.
- . Uso gratuito de un área apropiada para camping en el terreno de la sede social del Club de Yates de Itamaracá.

Además de lo expresado la Comisión Organizadora proporcionará, bajo régimen de precios subsidiados, las siguientes ventajas:

- . Almuerzos y Comidas en el Restaurant del Club de Yates de Itamaracá, costando cada refrigerio el precio correspondiente al valor de U.S. 2.50 dólares, estando comprendidos en este precio los guisados de carne, pescado, pollo y mariscos siendo el costo de los platos de langostas de US. 4.00 dólares americanos.

- . Alquiler de departamento en el Apart Hotel de Itamaracá, costando cada día el valor correspondiente a US. 10.00 dólares americanos;
- . Las comodidades del Apart Hotel, que comprenden sala, dormitorio, cocina, baño y lavandería, por sus dimensiones permiten acomodar confortablemente hasta 5 personas, trayendo colchonetas;
- . Alojamiento en los principales Hoteles de la Isla (Hotel Caravelas, Hotel Posada de Itamaracá e Itamaracá Park Hotel), costando cada día, para dos personas (incluyendo desayuno), el precio equivalente de US. 15 dólares;
- . Adquisición de Camisas promocionales del XIV Campeonato Sudamericano de clase Optimist, al precio unitario de US. 5.00 dólares americanos.

10. ALQUILER DE EMBARCACIONES

- . La Comisión Organizadora dispondrá de un número limitado de barcos (timón, escotas y arboladura) para fines de alquiler durante el período de la realización del XIV Campeonato Sudamericano al precio equivalente de US. 100 dólares. Estos barcos son de fabricación brasilera, marca VANGUARD ó TRITON y en perfecto estado de conservación.

Los pedidos de alquiler deberán ser presentados directamente al Club de Yate de Itamaracá, durante el período del 01 al 30 de Noviembre 1985.

11. EMBARCACIONES PARA ESPECTADORES

Las Regatas se realizarán en la rada situada frente a la Sede del Club de Yate de Itamaracá, estando la boya de marca mas próxima a no menos de 200 metros de los terrenos del Club. Esta situación

permite, de modo confortable, una perfecta visibilidad de la regata desde las áreas del Bar, Restaurant, Piscina y Terrenos del Club, así como de la misma Playa de Ambar.

Por otro lado, se proporcionará embarcación para los "Team Leader", representantes de los países y entrenadores que desearán observar y acompañar la regata mas próxima en la rada.

12. BANDERA, HIMNO NACIONAL

Cada delegación entregará a la Comisión Organizadora del XIV Campeonato Sudamericano de clase Optimist, antes de las Ceremonias de Apertura y de Clausura de la competencia, una bandera de su país y una cinta conteniendo la grabación de su himno nacional. Estos artículos serán devueltos a las delegaciones después del cumplimiento de la ceremonia.

13. OTRAS INFORMACIONES

La Playa de Ambar está situada en la Isla de Itamaracá y aproximadamente 40 Km. de la ciudad de Recife/Aeropuerto de Guararapes. Una carretera pavimentada y un puente unen la Isla de Itamaracá con el Continente, permitiendo el fácil acceso a la Capital y a los principales puntos turísticos de la región metropolitana de Recife y del Estado, estando entre otros:

- . La Ciudad del Siglo XV de Igarassú (17 Km)
- . La Ciudad de Olinda, actualmente clasificada por la UNESCO como Patrimonio Cultural de la Humanidad (28 Km.)
- . La Ciudad de Recife, capital del Estado (35 Km.).
- . La ciudad de Tracunhaem, principal centro brasileiro de producción de artesanía de barro artístico y utilitario (52 Km.).
- . La Ciudad de Caruarú y su conocida feria internacional (120 Km.).

- La Villa de Fazenda Nova (140 Km), donde se encuentra Nova Jerusalem, el mayor teatro al aire libre del mundo.

• LA ISLA DE ITAMARACA Y SUS OPCIONES DE DISTRACCION

En la isla de Itamaracá, los acompañantes de los timoneles encontrarán condiciones excepcionales para el reposo y la distracción. Así las playas de aguas tranquilas, la vegetación, la culinaria, las bebidas de la zona (aguardiente), licores y jugos de frutas tropicales, así como la villa de pescadores y las pescaderías, los edificios del 1,700 (Iglesias, Conventos y Fuertes Militares), los ingenios de caña de azúcar, la danza, la música y las artesanías, constituyen atractivos suficientes para ocupar placenteramente el tiempo de los acompañantes.

En este sentido el Club de Yate de Itamaracá facilitará las condiciones para que los acompañantes puedan realizar los siguientes programas:

- Visita a Forte Orange (distancia 4 km. del Club)
- Visita a Villa Velha (pueblo del siglo XVI distante 10 km. del Club);
- Noches de Ciranda (danza popular) en la Villa de Jaguaribe);
- Baños de mar en la Playa de Sossego y de Fortim
- Pesca nocturna de Anguila Blanca (Pez de la región);
- Paseo náutico para bañarse en las piscinas marinas localizadas en los barcos de arena en la playa de Ambar y Forte;
- Paseo náutico para visitar a Nova Cruz (con almuerzo en el Hotel de Gavoa).

• LA ISLA DE ITAMARACA Y LAS CONDICIONES CLIMATOLÓGICAS.

El mes de enero en la región Nordeste del Brasil corresponde a un período de pleno verano. En esta época prevalecen temperaturas que oscilan desde 23° C (en la noche) hasta 30° C (en el día)

debiéndose resaltar que el agua de mar conserva una temperatura constante de 26° lo que proporciona a esa región condiciones excepcionales para la práctica de deportes náuticos.

Los vientos, siempre alisios, soplan de los cuadrantes nordeste y sudeste con velocidades nunca superiores a los 15 nudos, satisfaciendo los patrones de seguridad exigidos para las competencias de vela de la clase Optimist.

A una distancia aproximada de 2,500 metros de la playa y paralelas al continente, existen formaciones lineales rocosas, denominadas arrecifes. Esa característica de la plataforma continental del nordeste proporciona al litoral de la Isla de Itamaracá un mar siempre calmo, cuyas olas nunca se elevan a más de 1 metro siendo constante por no decir permanente la situación de mar extremadamente calmo. La profundidad promedio de la rada es del orden de 3 a 5 metros. Tales valores califican a la rada de Playa de Ambar, en Itamaracá, ciertamente como una de las más seguras del mundo.

14. CONCLUSIONES

En este esfuerzo para la realización del XIV Campeonato Sudamericano de la Clase OPTIMIST, el Club de Yate de Itamará está contando con el apoyo de la comunidad Pernambucana, representada por el Gobierno Estatal a través de su Secretaría de Turismo Cultural y Deporte/Fundación para el Desarrollo de los Deportes en Pernambuco-FUNDESTE, de la Prefectura del Municipio de Itamaracá, de la Federación Pernambucana de Vela y Motor, de empresarios y empresas con sede en nuestro estado, los que están contribuyendo para la reducción de los costos de participación de cada Timonel en esta competencia, disminuyendo, por extensión, los gastos de los acompañantes.

Además de lo expresado, se están ultimando coordinaciones oficiales para la calificación de una compañía aérea como Transportadora Oficial de la Competencia.

Tales valores, sumados al entusiasmo de los que constituyen este Club, permitirá proporcionar a los Timoneles, un

Campeonato con elevado grado de organización y a los acompañantes, una temporada plena de tranquilidad y de actividades de distracción en Per-nambuco.