

# CARTA DE

permissão

# CoDAteen



**Nome da Reunião:**

**Grupo CoDA:**

**Localização:**

**1. Nome do anfitrião/patrocinador adulto:**

**n° de telefone:**

**2. Nome do anfitrião/patrocinador adulto:**

**n° de telefone:**

**Nome do Participante Adolescente:**

**n° de telefone:**

Caro Pai ou Responsável,

CoDAteen, parte do Codependentes Anônimo (CoDA), é uma irmandade de jovens cujo objetivo comum é desenvolver relacionamentos saudáveis. O único requisito para a ser membro é o desejo de relacionamentos saudáveis e amorosos. Nós nos reunimos para apoiar e compartilhar uns com os outros em uma jornada de autoconhecimento e aprendizado do amor próprio. Viver o programa permite que cada um de nós se torne cada vez mais honesto consigo mesmo sobre nossas histórias pessoais e nossos próprios comportamentos codependentes.

Contamos com os Doze Passos e as Doze Tradições para conhecimento e sabedoria. Estes são os princípios do nosso programa e guias para desenvolver relacionamentos honestos e saudáveis com nós mesmos e com os outros. No CoDAteen, cada um de nós aprende a construir uma ponte para um Poder Superior de nosso próprio entendimento, e permitimos aos outros o mesmo privilégio.

Este processo de renovação é um presente de cura para nós. Trabalhando ativamente no programa CoDAteen e Codependentes Anônimos, cada um de nós pode realizar uma nova alegria, aceitação e serenidade em nossas vidas.

CoDAteen é uma irmandade de 12 passos, um grupo de apoio. O objetivo é criar um ambiente seguro para aqueles que desejam a recuperação de relacionamentos disfuncionais, proporcionando anonimato e liberdade de julgamento ou retornos. No CoDAteen, compartilhamos nossa própria experiência, força e esperança. Nós não damos conselhos. Coordenadores/Padrinhos adultos estão lá para oferecer apoio e para ajudar a conduzir as reuniões proporcionando aos adolescentes um ambiente seguro em sua própria autodescoberta. Eles não são terapeutas e não fornecem terapia. Eles são membros cuidadosamente escolhidos de CoDA que trabalham em seu próprio programa de recuperação e têm o desejo de oferecer serviço voluntário com adolescentes. Eles são obrigados a atender ao guia mínimo de comportamento e segurança de CoDA, bem como a quaisquer requisitos legais em sua área para trabalhar com menores.

Se você quiser mais informações sobre o CoDAteen, consulte nossa página do CoDAteen em [www.coda.org.br](http://www.coda.org.br). Cada grupo CoDA pode ter suas próprias diretrizes para a participação de adultos, das quais uma cópia deve ser apresentada ao pai/responsável antes da sua assinatura.

Com essas informações, o grupo CoDA divulga aos pais de adolescentes a natureza das reuniões que seus filhos participam e a segurança fornecida aos adolescentes nas reuniões do CoDAteen.

Portanto, ao assinar este documento, eu \_\_\_\_\_, na minha qualidade de Pai/Responsável de \_\_\_\_\_, reconheço que li as informações acima e li os requisitos de comportamento e segurança para Coordenadores/Padrinhos adultos e aprovo a presença do meu filho em uma reunião de CoDAteen.

Eu entendo que um Coordenador/Padrinho adulto estará presente o tempo todo e notificará os pais/responsáveis em qualquer situação de emergência o mais rápido possível usando as informações de contato de emergência fornecidas neste formulário. Aceito que, às vezes, o Coordenadores/Padrinhos adultos nomeados podem não estar disponíveis e o grupo CoDA pode escolher um substituto apropriado.

Eu \_\_\_\_\_ (nome do pai/responsável) entendo que, em caso de emergência, os primeiros socorros serão administrados e os pais/responsáveis ou outros indivíduos responsáveis designados serão notificados. Nenhum cuidado além dos primeiros socorros (definido como cuidado imediato e temporário dado em caso de acidente ou doença) pode ser dado por Coordenadores/Padrinhos adultos. Dou permissão ao Coordenadores/Padrinhos adulto para obter tratamento médico de emergência para o meu filho. Eu entendo que o Coordenadores/Padrinhos adulto ou CoDA não é responsável pelo custo do tratamento de emergência ou pelos cuidados médicos fornecidos pelo pessoal médico de emergência. Também entendo que todas as despesas incorridas são de responsabilidade do pai/responsável.

Informações de contato de emergência:

1. Nome: \_\_\_\_\_

Telefone : \_\_\_\_\_

2. Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Assinatura dos Pais/Responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



Traduzido de: <https://coda.org/wp-content/uploads/Parent-Guardian-Approval-Form-Autofill-Version.pdf> em 07/2025.