



Campo de Férias de verão 2018 – Estadia de 5 dias

Participante		
Nome:		
D. Nascimento:		
Morada:		
Código Postal:		
Nº C.C:		
NIF:		
Encarregados de Educação		
Mãe:		
Contacto:		
Email:		
Pai:		
Contacto:		
Email:		
Períodos a frequentar		
<input type="checkbox"/> 2 a 6 de julho	<input type="checkbox"/> 23 a 27 de julho	

Informações Médicas do Participante

Alergias / Medicação – (caso esteja a tomar/ posologia dos medicamentos)

Recomendações

Ficha Sanitária Individual - Com a presente inscrição, declaro para os devidos efeitos, que o meu educando não é portador/a de doenças contagiosas que possam pôr em causa a saúde de terceiros.

**Identificação da(s) Pessoa(s) Autorizadas a Levar o Participante
do Campo de Férias**

NOME	Nº C.C / B.I

Autorização

Com a presente inscrição, declaro que autorizo a participação do meu educando nas atividades programadas do campo de férias em referência.

Autorizo, de igual modo, a realização de fotografias/vídeo no decorrer das atividades, para efeitos de promoção institucional da entidade promotora.

Data: ___/___/___

Assinatura do Encarregado de Educação:
