



## *Campo de férias de verão 2024*

### *Agrocamp – Quinta Vila Caiz*

Participante		
<b>Nome:</b>		
<b>D. Nascimento:</b>		
<b>Morada:</b>		
<b>Código Postal:</b>		
<b>Nº C.C.:</b>		
<b>NIF:</b>		
Encarregado/a(s) de Educação		
<b>Mãe:</b>		
<b>Contacto:</b>		
<b>E-mail:</b>		
<b>Pai:</b>		
<b>Contacto:</b>		
<b>E-mail:</b>		
<b>Período a frequentar:</b>		
A <input type="checkbox"/> 15 a 19 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(a) meu/minha educando(a) não é portador(a) de doenças contagiosas que possam pôr em causa a saúde de terceiros.

### Identificação da(s) pessoa(s) autorizada(s) a levar o(a) participante do Campo de Férias

**NOME**

**Nº de contacto**

### Autorização

Com a presente inscrição, declaro que autorizo a participação do meu/minha educando(a) nas atividades programadas neste campo de férias.

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

**Data:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Assinatura do(a) Encarregado(a) de Educação:**