



## Campo de férias de verão 2024

### Estadia diária

Participante		
Nome:		
Data de Nascimento:		
Morada:		
Código Postal:		
Nº C.C.:		
NIF:		
Encarregado/a(s) de Educação		
Mãe:		
Contacto(s):		
E-mail:		
Pai:		
Contacto(s):		
E-mail:		

Semanas:	Dia(s) selecionado(s):
Semana 1 (1 a 5 de julho)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Semana 2 (8 a 12 de julho)	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12
Semana 3 (15 a 19 de julho)	NA - Semana de acampamento de 5 dias
Semana 4 (22 a 26 de julho)	<input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26
Semana 5 (29 de julho a 2 de agosto)	<input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Semana 6 (5 a 9 de agosto)	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9
Semana 7 (12 a 16 de agosto)	<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 16

**Estadia diária c/ almoço:**

Sim

Não

Caso exista alguma exceção indique o(s) dia(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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) autorizadas a levar o(a) participante do Campo de Férias**

**NOME**

**Nº de contacto**


**Autorização**

Com a presente inscrição, declaro que autorizo a participação do(a) 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:**

\_\_\_\_\_