



Campo de férias de verão 2024

Estadia semanal

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:		
Período(s) a frequentar:		
<input type="checkbox"/> Semana 1 (1 a 5 de julho)		
<input type="checkbox"/> Semana 2 (8 a 12 de julho)		
<input type="checkbox"/> Semana 4 (22 a 26 de julho)		
<input type="checkbox"/> Semana 5 (29 de julho a 2 de agosto)		
<input type="checkbox"/> Semana 6 (5 a 9 de agosto)		
<input type="checkbox"/> Semana 7 (12 a 16 de agosto)		

Estadia semanal com almoço:	
Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Informações médicas do(a) 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: _____
------------------------------	--