

Campo de férias de verão 2025

Agrocamp – Quinta Vila Caiz

|  |
| --- |
| **Participante** |
| **Nome:** |  |
| **D. Nascimento:** |  |
| **Morada:** |  |
| **Código Postal:** |  |
| **Nº C.C.:** |  |
| **NIF:** |  |
| **Encarregado/a(s) de Educação** |
| **Mãe:** |  |
| **Contacto:** |  |  |  |
| **E-mail:** |  |
| **Pai:** |  |
| **Contacto:** |  |  |  |
| **E-mail:** |  |
| **Período a frequentar:** |
| **Agrocamp 2025**  **21 a 25 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:** |