

*Campo de férias de verão 2025*

*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:** | | | |
| **□ Semana 1 (30 a 4 de julho)** | | | |
| **□ Semana 3 (14 a 18 de julho)** | | | |
| **□ Semana 5 (28 de julho a 1 de agosto)** | | | |
| **□ Semana 6 (4 a 8 de agosto)** | | | |
| **□ Semana 7 (11 a 14 de agosto)** | | | |
|  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Estadia semanal com almoço:** | |
| Sim  Não  | |
| **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:** |