

Ficha de Inscrição



Data Início	<input type="text" value=" / /"/>	Data de Conclusão	<input type="text" value=" / /"/>
-------------	-----------------------------------	-------------------	-----------------------------------

Dados do Participante

Nome:	<input type="text"/>		
Morada	<input type="text"/>		
Localidade	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text" value=" -"/> <input type="text"/>
Dt. Nascimento	<input type="text" value=" / /"/>	Naturalidade	<input type="text"/>
Nacionalidade	<input type="text"/>		
BI/Cartão Cidadão N°	<input type="text"/>	Dt. Emissão:	<input type="text" value=" / /"/>
Local de Emissão	<input type="text"/>		

Dados do Responsável (pai, mãe, enc. educação, tutor, etc.)

Nome	<input type="text"/>		
Parentesco	<input type="text"/>	Contacto permanente	<input type="text"/>
Contacto alternativo	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Outra pessoa a contactar	<input type="text"/>	Contacto	<input type="text"/>

Factura em nome de:

Participante	<input type="checkbox"/>	Enc. Educação	<input type="checkbox"/>	N° Contribuinte	<input type="text"/>
--------------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------	----------------------

Informação complementar

Número utente SNS:	<input type="text"/>	Grupo sanguíneo:	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	------------------	----------------------

Alergias (alimentos, plantas, etc.) ou outras afecções que impliquem precauções especiais

Medicação ou outros cuidados necessários (os medicamentos são entregues em mão aos monitores com indicação escrita dos horários, doses de cada toma e precauções a ter em conta)

Limitações alimentares (por opção religiosa, estilo de vida, etc.)

Outras observações

1. Declaro que o/a meu/minha educando/a não sofre de doença infecto-contagiosa e pode frequentar as actividades, bem como está apto a praticar desporto.
2. Autorizo a organização a prestar ao/à meu/minha educando/a todos os cuidados médicos que venham a ser necessários, incluindo o transporte para unidade de saúde adequada.
3. Autorizo a deslocação do meu/minha educando/a, acompanhado/a dos respectivos monitores, em passeios a pé ou em transporte, para locais desportivos, de lazer ou educativos, no âmbito das actividades.
4. Autorizo a recolha de imagens para efeitos de divulgação das actividades.

Data: ___/___/___

Assinatura _____