



De 26 de março a 6 de abril, 2018

### Inscrição

Nome: \_\_\_\_\_ Apelido: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_

Contacto(s): \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Mãe

Nome: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Pai

Nome: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

### Autorizo o meu educando a sair das atividades:

Sozinho

Só com a minha presença

Com a presença de  \_\_\_\_\_

### Saúde do aluno

1. É alérgico? Sim \_\_\_\_\_ Não: \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_

Se sim, que tipo de alergia?

\_\_\_\_\_

2. Segue algum tratamento médico? Toma medicação? Sim: \_\_\_\_\_ Não: \_\_\_\_\_

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

3. Em termos alimentares, existem restrições? Sim: \_\_\_\_\_ Não: \_\_\_\_\_

Se sim, quais?

\_\_\_\_\_

4. Nome do médico de família: \_\_\_\_\_

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

\_\_\_\_\_, CC n.º \_\_\_\_\_,  
Encarregado(a) de Educação de \_\_\_\_\_, CC  
n.º \_\_\_\_\_, declaro ter lido atentamente as normas de funcionamento das  
Férias em Movimento, concordando plenamente com todas as cláusulas das mesmas.

- Autorizo o meu educando a participar no referido programa, responsabilizando-me por todos os seus atos.
- Autorizo a sua deslocação a todas as localidades que constem do programa.
- Autorizo ainda a sua participação nas atividades organizadas no âmbito do presente programa.
- Declaro ter informado a Câmara Municipal quanto aos cuidados de saúde a ter com o meu educando.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

O Encarregado de Educação

\_\_\_\_\_