De 25 de junho a 15 de agosto, 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: _____

Assinale as semanas que pretede

Semanas	Frequentar	Almoço
1- De 25 a 29 de junho		
2- De 2 a 6 de julho		
3- De 9 a 13 de julho		
4- De 16 a 20 de julho		
5- De 23 a 27 julho		
6- De 30 de julho a 3 de agosto		
7- De 6 a 10 de agosto		
8- De 13 a 14 de agosto		

Almoço – 1,46€/ dia

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 clausulas 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

_____