



Centro Social Paroquial
de Pinhal Novo - I.P.S.S.

A.T.L FÉRIAS "VERÃO FANTÁSTICO" 2021

FICHA DE INSCRIÇÃO



IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome _____

Data Nasc. ___/___/___ N° B.I. / C.C. _____, Valido até ___/___/___

Morada _____

Freguesia _____ Código Postal _____ - _____

N° de Contribuinte _____ Telef. / Telm. _____

SAÚDE

Grupo sanguíneo: _____ RH _____

Alergias: Sim Não Se sim, quais? _____

Problemas específicos de saúde? _____

Toma permanentemente algum medicamento? _____

Tem alguma necessidade especial com a alimentação? _____

Em caso de febre, pode ser administrado algum medicamento ao seu educando?

Sim Não Se sim, qual (especificar)? _____

IDENTIFICAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Encarregado de Educação: Pai Mãe Outro: _____

Nome _____

Telef. / Telm. _____ N° B.I. / C.C. _____ Valido até ___/___/___

E-mail _____ N° de Contribuinte _____

CONTACTOS EM CASO DE EMERGÊNCIA

Nome: _____ Parentesco: _____ Contacto: _____

Nome: _____ Parentesco: _____ Contacto: _____

Nome: _____ Parentesco: _____ Contacto: _____

PESSOAS AUTORIZADAS A RECOLHER O ALUNO

Nome: _____ Parentesco: _____ Contacto: _____

Nome: _____ Parentesco: _____ Contacto: _____

Nome: _____ Parentesco: _____ Contacto: _____

SEMANAS PRETENDIDAS PARA A FREQUÊNCIA DO ALUNO/A:

DATAS	SEMANAS	DIAS
12 a 16 de Julho		
19 a 23 de Julho		
26 a 30 de Julho		
2 a 6 de Agosto		
9 a 13 de Agosto		
16 a 20 de Agosto		
23 a 27 de Agosto		
Observações		

Total a pagar _____

Autorizo **Não autorizo** o Centro Social Paroquial de Pinhal Novo à recolha de imagens pessoais do meu educando em suporte video e/ou fotográfico nas atividades organizadas pelo C.S.P.P.N. e, a sua utilização, em todos os suportes promocionais do C.S.P.P.N. reservando sempre o direito à boa imagem e integridade.

1. Declaro serem verdadeiros os dados presentes nesta ficha de admissão, bem como todos os documentos por mim entregues.
2. Li e subscrevo as regras e o mapa de atividades semanais, assumindo o compromisso ativo ao seu cumprimento integral, fazendo-o subscrever igualmente pelo meu educando.
3. Declaro que o meu educando não sofre de doença infecto-contagiosa e pode frequentar o A.T.L. Férias "Verão Fantástico", bem como está apto a praticar desporto.
4. **Autorizo / Não autorizo** (riscar o que não interessa) o C.S.P.P.N. a prestar todos os cuidados médicos que venham a ser necessários ao meu educando, inclusive o transporte para receber cuidados médicos inadiáveis.
5. Autorizo o meu educando a sair do C.S.P.P.N., acompanhado do Monitor e/ou Ajudante, em passeios a pé ou em transporte, para deslocações desportivas ou de lazer, de interesse lúdico-educativo, no âmbito do Projeto A.T.L. Férias "Verão Fantástico".
6. Autorizo o meu educando a fazer atividades nas imediações das instalações do C.S.P.P.N.
7. Declaro que recebi, li e tomei conhecimento das Condições e Regras de Funcionamento do A.T.L. "Verão Fantástico".

Encarregado de Educação_____
Data: ____/____/____