

MENTAL SCHOOL CAMP'S

SUMMERCAMP EASTERCAMP CHRISTMASCAMP

Nome: _____ Data de nasc: __/__/____

Morada: _____ Código Postal: _____ - _____

Freguesia: _____ Concelho: _____

Cartão de Cidadão nº: _____ NIFF: _____

Teve ou tem doenças assinaláveis? Sim () Não () Quais? _____

Faz alguma medicação diária? Sim () Não () Qual? _____

É alérgico a alguma coisa? Sim () Não () A quê? _____

Outros dados de interesse: _____

Existem alimentos que **não pode** comer por indicação médica? Sim () Não ()

Se sim, quais? _____

Vacinação atualizada de acordo com o Sistema Nacional de Saúde? Sim () Não ()

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Em caso de urgência contactar: _____ Grau de parentesco: _____

E-mail: _____

Autoriza a divulgação de fotos nas redes sociais? Sim Não

Autoriza a participação da criança inscrita nas actividades propostas? Sim Não

Autorização para recolha por terceiros, devidamente identificados e por comunicação escrita? Sim Não

Autorização para a criança poder sair sozinha às 17:30h? Sim Não

Dias em que se inscreve:

Li o Regulamento Interno e concordo com os termos e condições.

Assinatura:
