

Campo de Férias/ATL 2016

Entidade Promotora e Organizadora
Junta de Freguesia de São Sebastião
(Registo IPDJ 96/DRLVT -06/Junho/2012)
Parceria Teatro do Elefante

Foto
Atualizada

INSCRIÇÃO Nº |__|__|__|

1

1. DADOS DO PARTICIPANTE

Nome:			
Data de nascimento:		Idade:	
Naturalidade:			
Endereço:			
Localidade:			
Escolaridade:			
Escola:			
Telefone:		Telemóvel:	
Nº CC ou BI:		Emitido em:	
Serviços de Saúde:		Nº de Beneficiário:	

2. PERIODO A FREQUENTAR

Utilizando os números de 1 a 4, indique a preferência no(s) período(s):

	4 de julho a 15 de julho		1 de agosto a 12 de agosto
	18 de julho a 29 de julho		16 de agosto a 26 de agosto

3. ALGUM FAMILIAR INSCREVEU-SE NO CAMPO DE FÉRIAS/ATL 2016? SIM ☐ NÃO ☐

Se respondeu sim, p.f. indique os seus nomes:

1.	Grau de parentesco:	
2.	Grau de parentesco:	
3.	Grau de parentesco:	

4. IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS/ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Nome da Mãe:			
Endereço:			
Código Postal:		Localidade:	
Telemóvel:			
Correio eletrónico:			

2

Nome do Pai:			
Endereço:			
Código Postal:		Localidade:	
Telemóvel:			
Correio eletrónico:			

Nome do Encarregado Educação:			
Endereço:			
Código Postal:		Localidade:	
Telemóvel:			
Correio eletrónico:			

5. DADOS PARA FATURAÇÃO

As faturas/recibos serão emitidas com os seguintes dados:

Nome/Entidade:			
Endereço:			
Código Postal:		Localidade:	
NIF:			

6. INFORMAÇÕES MÉDICAS DO PARTICIPANTE

Nota:

É conveniente que os participantes sejam vistos pelo médico antes de frequentarem qualquer Campo de Férias. Quando os Pais/Encarregados de Educação assinarem este formulário estão a responsabilizar-se pelas condições de perfeita saúde dos seus filhos/educandos.

O participante requer especiais atenções¹, nomeadamente:

- **ALERGIAS** ☐

- **DIETA** (que esteja a seguir) ☐

- **MEDICAMENTAÇÃO** (que esteja a tomar)² ☐

Nome do medicamento _____ Dose _____ Horário _____

- **É PERMITIDO O PARTICIPANTE TRANSPORTAR OS SEUS MEDICAMENTOS?**

SIM ☐ NÃO ☐

É PERMITIDO O PARTICIPANTE TOMAR OS SEUS MEDICAMENTOS?

- SIM ☐ NÃO ☐

- **SE ALGUM MEDICAMENTO CAUSAR QUALQUER TIPO DE EFEITOS SECUNDÁRIOS, INDIQUE?**

- **OUTRA QUALQUER SITUAÇÃO CLÍNICA** ☐

1 – Anexar documentos se necessário; 2 – Indicar a posologia, caso se aplique.

7. OUTRAS INFORMAÇÕES

- O participante já frequentou algum Campo de Férias/ATL organizado pela Junta de Freguesia de São Sebastião?

SIM ☐ NÃO ☐

- O Participante sabe nadar?

BEM ☐ RAZOÁVEL ☐ MAL ☐ NÃO SABE NADAR ☐

- Período em que o participante passa férias com os Pais?

de ____/____/____ a ____/____/____ | de ____/____/____ a ____/____/____

8. CARATERIZE A PERSONALIDADE DO PARTICIPANTE

9. EM CASO DE EMERGÊNCIA

Nome e telefone

Encarregado de Educação do participante inscrito:

Declaro que o meu educando reúne todas as condições necessárias para poder participar no Campo de Férias/ATL organizado pela Junta de Freguesia de São Sebastião, tendo Eu e o participante tomado conhecimento e compreendido as regras estabelecidas no regulamento interno. Mais informo que com a presente inscrição, autorizo a participação do meu educando nas atividades programadas do campo de férias.

As informações prestadas correspondem à verdade e não contém quaisquer omissões.

O Encarregado de Educação, _____

Data ____/____/2016

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS:

Receção da inscrição	☐	____/____/____
Fotocópia BI/CC do participante	☐	____/____/____
Fotocópia do Boletim de Vacinas (Tétano)	☐	____/____/____
Fotocópia do cartão utente de Saúde	☐	____/____/____
Foto tipo passe	☐	____/____/____
Fotocópia BI/CC do encarregado de educação	☐	____/____/____
Fotocópia do NIF	☐	____/____/____

Como teve conhecimento do Campo de Férias?

Rede Social	☐
Folhetos	☐
Publicidade outdoor	☐
Amigo ou familiar	☐
Já frequentou anteriores	☐
Outros	☐

O Funcionário, _____

