



FICHA DE INSCRIÇÃO

N.º ID: _____ (a preencher pelos serviços)

PARTICIPANTE:

Nome completo: _____

Sexo: Masculino Feminino Data de Nascimento: _____

Cartão Cidadão / B.I. _____ Válido até: _____

C. Utente: _____ NIF: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

ENCARREGADO(S) DE EDUCAÇÃO:

Nome: _____ Contacto: _____

Nome: _____ Contacto: _____

E-mail: _____

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE O PARTICIPANTE:

Sabe nadar? Não Sim

Problemas de saúde? (asma, epilepsia, diabetes...) Não Sim, qual? _____

Outras observações: _____

INSCRIÇÃO

	<input type="checkbox"/> JUNHO	<input type="checkbox"/> JULHO	<input type="checkbox"/> AGOSTO	<input type="checkbox"/> SETEMBRO
Período	<input type="checkbox"/> 1 Semana (de 25 a 29 junho)	<input type="checkbox"/> Mês inteiro <input type="checkbox"/> Quinzena (de ___ a ___) ou (de ___ a ___ / de ___ a ___) <input type="checkbox"/> Semana (de ___ a ___)	<input type="checkbox"/> Mês inteiro <input type="checkbox"/> Quinzena (de ___ a ___) ou (de ___ a ___ / de ___ a ___) <input type="checkbox"/> Semana (de ___ a ___)	<input type="checkbox"/> Quinzena <input type="checkbox"/> Semana (de ___ a ___)
Pagamento	Valor a pagar: _____ Confirm. Pag. <small>RUBRICA</small> _____ Data do pagamento: _____/_____/2018	Valor a pagar: _____ Confirm. Pag. <small>RUBRICA</small> _____ Data do pagamento: _____/_____/2018	Valor a pagar: _____ Confirm. Pag. <small>RUBRICA</small> _____ Data do pagamento: _____/_____/2018	Valor a pagar: _____ Confirm. Pag. <small>RUBRICA</small> _____ Data do pagamento: _____/_____/2018

Outro período de participação (abrangendo meses diferentes)	<input type="checkbox"/> Mês (4 semanas seguidas): de ___/___/2018 a ___/___/2018	Valor a pagar: _____ Confirm. Pag. <small>RUBRICA</small> _____ Data do pagamento: _____/_____/2018
	<input type="checkbox"/> Quinzena (2 semanas seguidas): de ___/___/2018 a ___/___/2018	
Nota: Inscrição em meses diferentes, só consideramos Mês / Quinzena em semanas consecutivas)		

Desconto	<input type="checkbox"/> Não	DESCONTO TOTAL (%_____) <input type="checkbox"/> Família (%_____) (N.º ID irmãos: _____)	<input type="checkbox"/> Parceiro (%_____) (Entidade: _____)	<input type="checkbox"/> Participante Regular (5%) Não acumulável

DECLARAÇÃO:

Declaro que concordo com as condições de realização do programa **VIA ACTIVA CAMP- Funchal 2018**, de conhecimento de todas as informações relevantes sobre o meu educando e autorizo a sua participação.

Autorizo a divulgação das fotos do programa, nas quais o meu educando esteja presente; **Não Autorizo**.

(Assinatura do Encarregado de Educação)

Funchal, _____ de _____ de 2018