



## SUMMER SCHOOL 2023

### IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome \_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_\_  
NIF \_\_\_\_\_ B.I. \_\_\_\_\_ Nº de utente de saúde \_\_\_\_\_

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

Nome \_\_\_\_\_  
Telemóvel \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Profissão \_\_\_\_\_  
Grau de parentesco \_\_\_\_\_

### DADOS PARA FATURAÇÃO

Nome \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_  
NIF \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### CONTACTO EM CASO DE EMERGÊNCIA

Nome \_\_\_\_\_  
Grau de parentesco \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
Telemóvel \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_



### INFORMAÇÕES UTEIS

Escola que frequenta \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

O educando/a pode participar em todas as atividades previstas? Sim  Não

Tem alguma doença crónica (alergias, asma, etc.) Sim  Não

Quais? \_\_\_\_\_

Sabe nadar? Sim  Não

Costuma ter reações a algum medicamento ou alimentação? Sim  Não

Quais? \_\_\_\_\_

Quem pode recolher a criança no final do dia?

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Como teve conhecimento deste programa de férias? \_\_\_\_\_

O participante está autorizado a sair sozinho do campo de férias no final das atividades?  
\_\_\_\_\_

### Termos de Responsabilidade

Eu, \_\_\_\_\_, portador do B.I./C.C.n.º \_\_\_\_\_  
declaro que o meu educando não tem quaisquer contraindicações para a prática das atividades mencionadas no programa, no âmbito das Summer School do IPCA a decorrer de 10 a 14 de julho de 2023. Declaro ainda, que tomei conhecimento e aceito o regulamento da Summer School 2023 que me foi apresentado.

Autorizo também a captação de imagens e divulgação das mesmas do meu educando.

Barcelos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Representante Legal)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_