



# Oficinas de Páscoa 2024

Número da inscrição: \_\_\_\_\_

## FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome do Participante: \_\_\_\_\_ | Idade: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | N.º de Utente de Saúde \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Em caso de emergência contactar (nome e contacto): \_\_\_\_\_

## FICHA CLÍNICA

O seu educando reúne as condições de saúde físicas e mentais que permitam participar nas Oficinas promovidas pelo Serviço Área Protegida? Sim  Não

Faz alergia a algum alimento? Sim  Não  | Qual: \_\_\_\_\_

Faz alergia a algum medicamento? Sim  Não  | Qual: \_\_\_\_\_

Autoriza a recolha de imagens do seu educando para efeito de divulgação das atividades desenvolvidas no Serviço Área Protegida? Sim  Não

Assinatura do Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_

## OFICINAS

Mundo Rural (2 dias)	Desporto e Natureza (2 dias)	Natureza e Ciência (2 dias)	Desporto e Cultura (2 dias)
25 e 26 de março <input type="checkbox"/> 12€*	27 e 28 de março <input type="checkbox"/> 12€*	02 e 03 de abril <input type="checkbox"/> 12€*	04 e 05 de abril <input type="checkbox"/> 12€*

(\*Os valores apresentados são isentos de IVA. Inclui almoço.

Desconto de 50%, no caso de participantes que possuam Cartão Municipal de Famílias Numerosas.)

## CONSIDERAÇÕES

**É obrigatório pagamento no ato da inscrição.**

O preenchimento desta Ficha é obrigatório para a realização de seguro de Acidentes Pessoais.

Poderá anexar a esta Ficha de Inscrição, caso autorize, fotocópia do Documento de Identificação do Participante e do Encarregado de Educação.

**Nota:** A equipa de monitores poderá aplicar sanções aos participantes que não cumpram as suas orientações e que tomem atitudes que de alguma forma possam perturbar o bom funcionamento da Oficina, podendo, em última instância, serem interditos de participar nos restantes dias da Oficina.

**Em caso de desistência não há direito à devolução da quantia paga.**

Nº do CC/BI do E. de Educação: \_\_\_\_\_ | Data de validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº do CC/BI do Participante: \_\_\_\_\_ | Data de validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fatura/Recibo: Em nome do Participante  | Em nome do E. de Educação  | NIF: \_\_\_\_\_

Fatura/Recibo n.º: \_\_\_\_\_ | Data da Inscrição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro que verifiquei os dados dos documentos, necessários à inscrição, o Funcionário: \_\_\_\_\_

