

Monitor: _____



Ficha Clínica Alojamento

A ficha preenchida será entregue no dia da receção.

Nome Participante	
Data de Nascimento	
Telemóvel	
E-mail	
Alergias	
Medicação	
Informações úteis para os monitores	

Nome Responsável Educação	
Profissão	
Contacto	
E-mail	

Eu, _____, portador do C.C/B.I nº _____ emitido em ____/____/____, declaro que é por minha inteira responsabilidade que autorizo _____

_____ a participar no Programa de Atividades Educativas/Desportivas promovidas pela Universidade Júnior/Pontes de Apoio.

Tomei conhecimento do regulamento interno.

Assumo o compromisso de ir buscar o participante ao local da atividade em caso de doença que impossibilite a sua permanência ou no caso de o participante manifestar vontade de regressar a casa.

____/____/2017

Assinatura do(a) Responsável de Educação

Rute Oliveira

Tlm: 91 299 72 58 | 91 985 35 53

E-mail: pontesdeapoio@gmail.com | Web site: pontesdeapoio.com