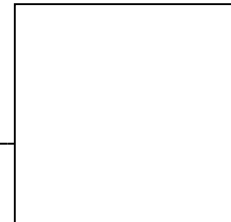


### FICHA DE ADMISÃO



NOME DO (A) ALUNO (A): \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Cédula Pessoal/B.I. n.º \_\_\_\_\_ válido até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Natural de \_\_\_\_\_ Telefone Aluno \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Encarregado de Educação:  Mãe  Pai  Outro: \_\_\_\_\_

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

B.I.N.º \_\_\_\_\_ Emissão \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_ N.I.F. \_\_\_\_\_

Morada completa do Encarregado de Educação \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

Telefone: Fixo \_\_\_\_\_ Móvel \_\_\_\_\_ Emprego \_\_\_\_\_

#### SAÚDE

Alergias: Sim  Não

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

Problemas específicos de saúde? \_\_\_\_\_

Toma permanentemente algum medicamento? \_\_\_\_\_

Tem necessidades educativas especiais? \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Necessidades Especiais de alimentação?

Observações:

#### CONTACTOS EM CASO DE EMERGÊNCIA

Nome	Contacto

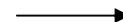
#### PESSOAS AUTORIZADAS A RECOLHER O ALUNO

Nome	Parentesco

Deseja receber o nosso folheto informativo?

Coloque uma cruz:

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	E-mail	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------	--------	--------------------------



FÉRIAS 2010

Assinale com uma cruz a opção pretendida

DATA	½ dia	Dia
21 a 25 Junho		
28 de Junho a 02 de Julho		
05 a 09 de Julho		
12 a 16 Julho		
19 a 23 Julho		
26 a 30 Julho		
02 a 06 Agosto		
09 a 13 Agosto		
16 a 20 Agosto		
23 a 27 Agosto		
30 Agosto a 03 Setembro		
06 a 10 Setembro		

ACTIVIDADE	INSCRIÇÃO	DATA
Colónia Balnear		
Colónia de Férias		
Escola de Vela		

Obs.

1) Declaro serem verdadeiros os dados presentes neste formulário, bem como de todos os documentos por mim entregues e que li e subscrevo o regulamento de funcionamento interno, assumindo o compromisso activo quanto ao seu cumprimento integral, fazendo-o subscrever igualmente pelo meu educando.

2) Declaro que o meu educando não sofre de doença infecto-contagiosa e pode frequentar a Academia, bem como está apto a praticar desporto.

3) Autorizo a Verbo Inúmeros a prestar todos os cuidados médicos que venham a ser necessários ao meu educando, inclusive o transporte para receber cuidados médicos inadiáveis.

4) Autorizo o meu educando a sair da Verbo Inúmeros, acompanhado das Educadoras e Auxiliares, em passeios a pé ou em transporte, para deslocações a locais desportivos ou de lazer, de interesse lúdico-educativo, no âmbito do Programa de Férias.

5) Autorizo o meu educando a fazer actividades nas imediações das instalações da Verbo Inúmeros.

6) Autorizo a Verbo Inúmeros à recolha de imagens para efeitos de divulgação interna.

O ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO  
(Assinatura)

\_\_\_\_\_

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

Preenchimento interno

DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE:

- 1 Fotografias
- Cópia BI/Cédula Pessoal/Cartão Cidadão
- Cópia BI e Cartão de Contribuinte ou Cartão Cidadão do encarregado de educação
- Cópia do cartão de utente
- Declaração médica
- Outros \_\_\_\_\_