

Monitor: _____



Ficha Clínica Estadia Júnior

A ficha preenchida será entregue no dia da receção.

Nome Participante	
Data de Nascimento	
Telemóvel	
E-mail	
Alergias	
Medicação	
Informações úteis para os monitores	
Nota: anexar fotocópia do Cartão de Beneficiário – SNS, ADSE ou outro.	

Nome Responsável Educação	
Profissão	
Contacto	
E-mail	

Serviços de Transporte Vai e Vem	SIM	NÃO
Estadia Fim de Semana	SIM	NÃO

Eu, _____, portador do C.C/B.I nº _____ emitido em ___/___/___ pelo arquivo _____, 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.

____/____/2016

Assinatura do(a) Responsável de Educação

Rute Oliveira

Rua do Molhe, nº 683 | 4150-503 Porto Tlm: 91 299 72 58 | 91 985 35 53

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