

COLÓNIA DE FÉRIAS – Campos de Verão (Residencial)

INSCRIÇÃO Nº _____

1. ELEMENTOS IDENTIFICATIVOS DA CRIANÇA

Nome: _____

Idade (na data do turno a que se candidata): _____ Data de nascimento: ____/____/____

Cartão de Cidadão nº: _____ NIF: _____ NISS: _____

Filiação: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Cód. Postal _____ - _____

2. AGREGADO FAMILIAR

Nome da Mãe: _____

Morada: _____

Telemóvel: _____ Telefone/Emprego: _____ Telefone/outro: _____

E-mail: _____

Nome do Pai: _____

Morada: _____

Telemóvel: _____ Telefone/Emprego: _____ Telefone/outro: _____

E-mail: _____

3. INSTITUIÇÃO (Preencher apenas se a inscrição foi feita por uma instituição)

Nome da Instituição: _____

Morada: _____

Pessoa responsável a contactar: _____ Tel: _____

E-mail: _____

Cargo na Instituição: _____

4. TURNOS EM QUE SE INSCREVE

Indique por ordem de preferência os turnos a que se candidata:

- 1º turno – Semana de 6 a 11 de Agosto
- 2º turno – Semana de 13 a 18 de Agosto
- 3º turno – Semana de 20 a 25 de Agosto
- 4º turno – Semana de 27 Agosto a 1 de Setembro

A criança já frequentou alguma Colónia de Férias?

Não Sim Qual? _____

Em que ano(s)? _____

A criança sabe nadar? Sim Não

Autorizações de entrada e saída (indique todas as pessoas que estão autorizadas a vir deixar e buscar a criança)

NOME	RELAÇÃO COM A CRIANÇA	TELEFONE

Nota: É obrigatória a entrega da identificação de todas as pessoas autorizadas

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que:

- Tomei conhecimento que a inscrição do meu educando implica a aceitação das normas constantes no Regulamento Interno da Colónia de Férias.
- Autorizo o meu educando a participar em todas as actividades a realizar no/s turno/s em que for aceite a sua inscrição e assumo integral responsabilidade por quaisquer danos ou prejuízos, que eventualmente sejam causados pelo meu educando.

Autorizo a utilização de imagens do meu educando recolhidas durante a Colónia de Férias **Não autorizo**

Autorizo que os dados desta ficha sejam partilhados com a Câmara Municipal de Cascais **Não autorizo**

O Responsável / Encarregado de Educação

(Assinatura) _____

Data: ____ / ____ / ____

DOCUMENTOS A ENTREGAR COM A INSCRIÇÃO

- Cópia do Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão ou Autorização de Residência da criança e do Encarregado de Educação
- Cópia do cartão de utente do Centro de Saúde
- Cópia do boletim de vacinas actualizado
- Ficha de informação médica preenchida pelo médico assistente (fornecida em anexo)
- Documento da Segurança Social indicativo do escalão de rendimentos de referência
- Cópia do cartão de contribuinte do Encarregado de Educação ou da Entidade que inscreve a criança
- Em situações especiais, pode ser solicitada fotocópia da Certidão da Sentença Judicial da Regulação das Responsabilidades Parentais (Regulação do Poder Paternal)

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO – SAÚDE

1. ELEMENTOS IDENTIFICATIVOS DA CRIANÇA

Nome: _____
 Idade (na data do turno a que se candidata): _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Filiação: _____
 Morada: _____
 Localidade: _____ Cód. Postal: _____ - _____
 Cartão de Assistência Médica: _____
 Médico Assistente: _____ Telefone _____

2. DECLARAÇÃO MÉDICA

Resumo da História Clínica do último trimestre / Informações relevantes:

Indique se a criança tem (assinale com X):

Alergias (Medicamentos, Alimentos ou outras...)	Não	Sim	Quais?
Doenças infecto-contagiosas	Não	Sim	Quais?
Doenças hereditárias	Não	Sim	Quais?
Asma	Não	Sim	
Diabetes	Não	Sim	
Enurese ou outros problemas relacionados com o sono	Não	Sim	Se sim, especifique.
Outras	Não	Sim	Quais ou o quê:
A criança pode tomar banhos de mar?	Não	Sim	
A criança tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?	Não	Sim	Onde: Nome do Médico Telefone:
A criança tem uma dieta alimentar específica?	Não	Sim	Qual?
A criança está a tomar medicamentos?	Não	Sim	Indicar no quadro seguinte

Nome do medicamento	Hora	Posologia

O Médico (carimbo ou selo do Centro de Saúde) _____

Data: ____/____/____