

C. M. MIRANDA DO DOURO	
ENTRADA	
Nº _____/24 – Processo nº _____	
Data ____/____/24 _____	



## CAMPO DE FÉRIAS – PÓVOA DE LANHOSO 2024

### Ficha de inscrição

Esta ficha de inscrição deve ser preenchida pelo(s) representante(s) legal(is) do participante, em **MAIÚSCULAS** e as condições gerais do regulamento interno deverão ser, obrigatoriamente, assinadas.

Nome do participante	Data de nascimento	Idade
	__/__/____	____
Nº BI/CC/Passaporte	Data de validade	Nº utente
Morada		
Localidade	Código postal	
Nome dos representantes legais	Relação familiar	
Contactos telefónicos		
Observações		

Documentos a entregar:

- Ficha médica
- Fotocópia BI/CC/Passaporte do participante
- Fotocópia BI/CC/Passaporte do(s) representante(s) legal(is)

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu \_\_\_\_\_ portador do BI/CC nº \_\_\_\_\_ válido até \_\_\_\_\_ declaro que é por minha inteira responsabilidade que autorizo o meu educando/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a participar no campo de férias, organizados pelo Município de Miranda do Douro, que se realiza Póvoa de Lanhoso de 24 a 28 de julho de 2024.

Foi-me disponibilizado o regulamento do campo de férias, e após leitura atenta, aceito todas as condições inerentes.

As atividades do campo de férias estão cobertas por um seguro de acidentes pessoais da responsabilidade da Câmara Municipal de Miranda do Douro.

O representante legal

\_\_\_\_\_

## CAMPO DE FÉRIAS – PÓVOA DE LANHOSO 2024

### Ficha médica

Em caso de emergência médica, a entidade organizadora, na pessoa do coordenador do campo, encaminhará o participante para o Hospital/Centro de Saúde mais próximo. Casos ligeiros serão tratados no campo de férias. Esta ficha destina-se a uma intervenção mais rápida em caso de necessidade. **Seja minucioso!**

A entidade organizadora reserva-se o direito de recusar inscrições de participantes com necessidades de alimentação específica e/ou cuidados de saúde a observar, caso não estejam reunidas as condições necessárias para os acolher.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo: \_\_\_RH\_\_\_

Alergias, doenças e/ou situações clínicas conhecidas

Como agir


Medicação diária

Como tomar


Boletim de vacinas atualizado do participante

SIM

NÃO

Outras informações relevantes

--

Médico de família: \_\_\_\_\_

Contactos a utilizar em caso de emergência (que sejam facilmente contactáveis)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

#### DECLARAÇÃO

Eu, abaixo assinado, declaro as afirmações anteriores como verdadeiras e corretas, no procedimento a tomar em caso de urgência

O representante legal

\_\_\_\_\_