



# CAMPO DE FÉRIAS

2024

## FICHA DE INSCRIÇÃO

Opção de Turno : 28 julho a 3 agosto  4 a 10 de agosto  11 a 17 agosto  25 a 31 agosto

Nome \_\_\_\_\_ N° Sócio/Informático \_\_\_\_\_

Entidade \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

### Participante

Nome

Data de Nascimento

Idade que terá no momento do C.F.

N°. Cartão Cidadão

Cartão de Saúde n°.

### Filiação

Pai

Telemóvel

E-mail

Mãe

Telemóvel

E-mail

Poder Paternal (em caso de divórcio)

Pai

Mãe

Ambos

Outros

Contato do Outro

Contato em caso de emergência : (Nome/Telefone)



# CAMPO DE FÉRIAS



## Ficha de Saúde (Escreva em detalhe a informação relativa ao seu educando)

O Participante sabe nadar? Sim  Não

Tem algum tipo de alergia ou limitação médica? \*

Sim  Não

Qual ?

Está a receber algum tipo de medicação? Sim  Não

Se respondeu sim, qual e como tomar?

Tem especificidades alimentares?

Sim  Não

Se sim, Quais ?

## Autorizações

Caso exista necessidade de administrar os medicamentos Benuron, Ibuprofeno ou Paracetamol autorizo que a equipa do Campo o faça sob minha responsabilidade. Sim  Não



# CAMPO DE FÉRIAS



O Encarregado de educação autoriza a cedência de imagem do participante? Sim  Não

Pretende que mude de escalão etário? Sim  Não

Se sim, qual?

6 aos 9  10 aos 12  13 aos 15  16 aos 18

## Questionário solicitado pelo Campo Aventura

Quanto melhor conhecermos o seu educando, melhor será a sua experiência

Qual o motivo porque inscreve o seu filho no nosso Campo de Férias?

O seu filho mostra interesse em participar no Campo de Férias?

Quantas horas por dia usa APP, Jogos, Redes Sociais, etc?

Até 2h/dia  Até 4h/dia  Até 8h/dia

O meu educando é impulsivo e hiperativo? Sim  Não

O meu educando tem problemas na escola? Sim  Não

O meu educando tem pensamentos irrealistas, medos ou preocupações? Sim  Não

O meu educando tem problemas em socializar? Sim  Não

O meu educando é muito dependente dos pais? Sim  Não

O meu educando sofreu ou sofre bullying? Sim  Não

O meu educando passou pela morte de um familiar? Sim  Não

Passou por um evento traumático? Sim  Não



# CAMPO DE FÉRIAS



Preencha por favor todos os campos da ficha de inscrição.

## Autorização

Ao preencher esta ficha declaro que foram transmitidas todas as informações sobre o campo de férias e tomei conhecimento das condições referentes ao Programa de Campos de Férias, autorizando a inscrição do participante que sob minha responsabilidade inscrevo no Campo Aventura, aceitando as respetivas condições.

Declaro que aceito as condições e concordo que sou o responsável pelos dados fornecidos. O CCD garante ainda que esta informação é confidencial e não será disponibilizada a terceiros tendo como único objetivo efetivar a reserva que pretende.

Cascais, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 2024

Assinatura

---