



FICHA DE INSCRIÇÃO

Nº

DADOS PESSOAIS

Nome: NIF

Data de Nascimento / / Idade anos

Morada

Código Postal

Tamanho T-Shirt 7/8 ☐ 9/11 ☐ 12/14 ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐

Pretendo uma **3ª t-shirt** (5 €) ☐

DADOS ESCOLARES

Escola que frequenta º ano | Localidade

Gostaria de ficar no grupo de (indicar apenas 1 nome e preferência não vinculativa)

DADOS DO PAI/ MÃE/ ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Nome:

Morada

Código Postal

Telf.: Telm 1 : Telm 2 :

SEMANA EM QUE SE INSCREVE: (Assinale a(s) semana(s) em que se inscreve:)

☐	1ª Semana	06 de julho a 10 de julho
☐	2ª Semana	13 de julho a 17 de julho
☐	3ª Semana	20 de julho a 24 de julho
☐	4ª Semana	27 de julho a 31 de julho
☐	Festa de Encerramento	31 de julho (participação gratuita e facultativa independentemente do nº de semanas que frequentou)

Total Pago: € ☐ Irmãos: Observações:

Forma Pagamento: ☐ Dinheiro ☐ MB ☐ Cheque nº Banco

DECLARAÇÕES

Declaro que li e/ou tomei conhecimento do Regulamento Interno do Programa Férias Lúdico- Desportivas.

DATA / /2026 ASSINATURA

Declaro que autorizo o meu educando a participar em todas as atividades programadas nas Férias Lúdico-Desportivas de 2026, nas condições que me foram indicadas, bem como certifico que não padece de problemas físicos ou psíquicos que o impossibilitem de participar nas atividades programadas, na equivalência ou na convivência em grupo.

DATA / /2026 ASSINATURA

Declaro que o meu educando padece da doença ou problema de saúde abaixo indicada:

DATA / /2026 ASSINATURA

Declaro que tomei conhecimento que o meu educando não pode utilizar o telemóvel, tirar fotografias, fazer vídeos, durante o horário das atividades (09:00h às 17:30h), salvo exceções.

DATA / /2026 ASSINATURA

Declaro para os devidos efeitos que autorizo a recolha de imagens vídeo e fotografia do meu educando durante o desenvolvimento das atividades, para uso único e exclusivo na promoção da iniciativa, por parte da UFOAZ.

DATA / /2026 ASSINATURA

Declaro que o meu educando:

☐ não possui intolerâncias alimentares e/ou não pode ingerir determinados alimentos

☐ possui intolerâncias alimentares e/ou não pode ingerir determinados alimentos, abaixo identificados:

DATA / /2026 ASSINATURA

Declaro:

☐ autorizo o meu educando a deslocar-se após as atividades diárias das Férias Lúdico-Desportivas de 2026

☐ autorizo o acompanhamento do meu educando no final das atividades das Férias Lúdico-Desportivas de 2026 pelas seguintes pessoas:

1 - (Nome e Apelido) (Grau de Parentesco)

2 - (Nome e Apelido) (Grau de Parentesco)

DATA / /2026 ASSINATURA