



CLÍNICAS DE SURF

Ficha de Inscrição

Nome: _____

Data Nascimento: _____ N° Contribuinte: _____
(mínimo 8 anos feitos até Dezembro do corrente ano)

Morada: _____

Código Postal: _____ Localidade: _____

Nome da pessoa responsável: _____

Grau de parentesco: _____ E-mail do responsável: _____

Contacto móvel do responsável: _____

Problemas de Saúde/Observações: _____

Adultos autorizados a fazer o check out do participante no fim do dia:

Nome: _____ Contacto _____

Grau Parentesco: _____

Nome: _____ Contacto _____

Grau Parentesco: _____

Semana em que participa: _____ a _____ do mês _____

Seguro *

Tomei conhecimento que em caso de acidente/incidente durante as atividades do campo de férias e, se for o encarregado de educação a levar o participante a um posto médico, deverá comunicar-nos num prazo máximo de 7 dias para ativação do seguro, apresentando os respectivos documentos necessários e participação de sinistro.

Permissão para menores *

Permito que o meu educando acima inscrito frequente as atividades do campo de férias de verão. Asseguro que ele está apto para a prática desportiva e sabe nadar. Por conseguinte liberto a Academia do Mar de toda a responsabilidade de acidentes provocados pela incapacidade física ou por não respeitar as instruções dos professores.

Cedência de direitos de imagem para utilização futura nos nossos suportes publicitários. Sim _____ Não _____

(Assinatura)