

### Dados Pessoais

Nome			
Data Nasc.		Email	
C.C./B.I./Cédula		Validade	
Morada			
Código Postal		Localidade	
Restrições alimentares		Observações	

### Filiação

Nome Pai			
Telefone		Email	
Nome Mãe			
Telefone		Email	

Semana	Pagamento - Valor	Observações
6 A 10 DE ABRIL ( semana completa)		
DIAS AVULSO:		
06/abr		
07/abr		
08/abr		
09/abr		
10/abr		

### Declaração

EU \_\_\_\_\_ ( ENC EDUCAÇÃO)

DE \_\_\_\_\_

Autorizo o meu educando a frequentar as férias desportivas no Urban Park e confirmo que não existe qualquer problema de saúde para a prática de actividade física.

Responsabilizo-me pela vigilância e acompanhamento médico do meu educando e se surgirem quaisquer alterações das suas condições de saúde, colocando-o em situação de impedimento de frequência, informarei o Urban Park.

AUTORIZO \_\_\_ NÃO AUTORIZO\_\_\_ o uso da imagem do meu educando em todo e qualquer material entre fotos e documentos, para ser utilizada em campanhas promocionais do Urban Park.

Em caso de alteração de algum dado, necessário informar o Urban Park.

Assinatura do encarregado de educação	_____, ____ de _____ de 20__	A preencher pelo Urban Park	
		Recebido por :	
		Data :	