

FICHA DE INSCRIÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

IDADE: _____

SEXO: F M

CUIDADOS DE SAÚDE (ALERGIA, INTOLERÂNCIA ALÉM DO GLÚTEN, OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE):

REGIME DE CAMPO DE FÉRIAS:

SEMANA COMPLETA

½ SEMANA

DOMINGO (TARDE) A QUARTA-FEIRA (MANHÃ)

QUARTA-FEIRA (TARDE) A SÁBADO (MANHÃ)

DADOS PARA FATURAÇÃO

NOME: _____

NIF (PARA EMISSÃO DE RECIBO): _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: _____

PARENTESCO: _____

TEL.: _____

AUTORIZO QUE SEJAM RECOLHIDAS IMAGENS VÍDEO E FOTOGRAFIA DOS PARTICIPANTES NO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES, PARA USO ÚNICO E EXCLUSIVO DA PROMOÇÃO DA INICIATIVA, NO SITE, REVISTA SEM GLÚTEN, NEWSLETTER, CANAL YOUTUBE E REDES SOCIAIS DA APC:

SIM NÃO

DECLARO QUE TOMEI CONHECIMENTO DO DOCUMENTO COM AS INFORMAÇÕES E NORMAS DA MYCAMP, BEM COMO DO REGULAMENTO INTERNO DE PARTICIPAÇÃO, E QUE ME RESPONSABILIZO PELO COMPORTAMENTO DO MEU EDUCANDO.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

DATA: ____/____/2026