



FICHA DE CUIDADOS MÉDICOS

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA
(PREENCHIDA PELOS PAIS COM LETRA LEGÍVEL)

| | |
|---------------------|---|
| NOME: | |
| IDADE : | DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ |
| B.I. / C.C.: | Nº BENEFICIÁRIO: |
| FILIAÇÃO: | |
| | |
| TELEFONE | TELEMÓVEL |
| DOENÇAS CONHECIDAS: | |
| | |
| ALERGIAS | |
| PENICILINA? | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> |
| ANTIBIÓTICOS? | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> |
| QUAL/QUAIS: | |
| | |
| ALIMENTOS? | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> |
| QUAL/QUAIS: | |
| | |
| OUTRO: | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> |
| QUAL/QUAIS : | |
| | |

Declaração dos pais:

Eu, abaixo assinado (pai, mãe ou tutor) autorizo que, em caso de necessidade, seja ministrada medicação SOS, ao meu educando.

Declaro e atesto, ainda, que o meu educando não tem qualquer tipo de impedimento para a frequência de praia e/ou piscina nem para a prática de atividade desportiva.

_____ de _____ de 2024

(assinatura do Beneficiário)



**SERVIÇOS SOCIAIS DA GUARDA NACIONAL REPUBLICANA
REPARTIÇÃO DE PRESTAÇÕES SOCIAIS
BOLETIM DE INSCRIÇÃO PARA AS COLÓNIAS BALNEARES
2024**

1 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR DO IASFA

Nome;

Posto:

Beneficiário n.º:

Unidade:

Situação (Ativo/ Res. / Ref.)

E-mail

Data de Nascimento:

de

de

NIF:

Morada

Rua

Local

Código Postal

-

Tlf.:

Telemóvel:

Telefone (urgência):

2 BENEFICIÁRIO FAMILIAR

Nome:

Beneficiário n.º:

Data de nascimento:

de

de

C/C n.º:

NIF:

Telemóvel:

3 TURNO(S) EM QUE SE INSCREVE (por ordem de preferência) A criança/adolescente sabe nadar?

| | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-----|-----|
| 07 de julho a 13 de julho | entre os 06 e os 12 anos | Sim | Não |
| 14 de julho a 20 de julho | entre os 06 e os 12 anos | Sim | Não |
| 21 de julho a 27 de julho | entre os 06 e os 12 anos | Sim | Não |
| 28 de julho a 03 de agosto* | entre os 12 e os 14 anos | Sim | Não |
| 04 de agosto a 10 de agosto | entre os 06 e os 12 anos | Sim | Não |
| 11 de agosto a 17 de agosto | entre os 06 e os 12 anos | Sim | Não |
| 18 de agosto a 24 de agosto** | entre os 06 e os 12 anos | Sim | Não |
| 25 de agosto a 31 de agosto | entre os 06 e os 12 anos | Sim | Não |

4 DATA / ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR DO IASFA

O PREENCHIMENTO E ENVIO DO BOLETIM DE INSCRIÇÃO PRESSUPÕEM O CONHECIMENTO E A

ACEITAÇÃO DAS CONDIÇÕES GERAIS DE UTILIZAÇÃO DAS COLÓNIAS BALNEARES DOS SSGNR

(VER ANÚNCIO)

_____ de _____ de 2024

O BENEFICIÁRIO TITULAR