**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**Campus de Basquetebol Angra do Heroísmo**

**DADOS PARTICIPANTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | | | | | | | | | | **Sexo** | | | | **Grupo sanguíneo** | | | |
|  | | | | | | | | | | **M** | | | **F** |  | | | |
| **Data nascimento** | **Naturalidade (cidade – país)** | | | | | | | | | | | **Nacionalidade** | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Morada** | | | | | **Código Postal** | | | | **Localidade** | | | | | | | **Concelho** | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| **Autorização Residência** | |  | **Passaporte** | | | |  | **Cartão de Cidadão** | | | | | | | | |  |
| **N.º Documento de Identificação** | | | **N.º Contribuinte** | | | | | **N.º Cartão de utente** | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Clube** | | | | **Escalão** | | **Altura** | | | | | **Peso** | | | | **Camisola (tamanho)** | | |
|  | | | |  | |  | | | | |  | | | |  | | |

**DADOS MÉDICOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cartão de Vacinas Atualizado** | |  |  |
| Sim | Não |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alergias** | |  | Se sim, especifique: |
| Sim | Não |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Restrições Alimentares** | |  | Se sim, especifique: |
| Sim | Não |  |  |

**DADOS ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Telefone** | | **Telemóvel** | | | | **E-mail** | |
|  |  | |  | | | | |
| **Morada** | | | | **Código Postal** | **Localidade** | | **Concelho** |
|  | | | |  |  | |  |



**Valores por semana**

Alojamento – 115 €

PRO CAMP – 115 €

DEVELOP CAMP – 100 €

CAMPO FÉRIAS – 90 €

(6 aos 12 anos)

Nota: Caso necessite de noites extra (campus suporta 6 noites) terá um custo de 15 € dia, atletas com semanas consecutivas o domingo não é noite extra

**FORMA DE PAGAMENTO:**

* Transferência bancária: IBAN: PT50 0059 0001 2055 9900005 69 - CEMAH
* *Obrigatório indicar CBAH, o primeiro e último nome e ano de nascimento na descrição da transferência*
* *Remeter comprovativo de transferência para campusangraheroismo@gmail.com*

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

* Tomei conhecimento do regulamento e compreendi o seu conteúdo do 3º Campus de Basquetebol Angra do Heroísmo, com o qual concordo, pelo que declaro que autorizo a participação do meu educando.
* Tomei conhecimento do valor de pagamento da respetiva inscrição.
* Tomei conhecimento das condições do seguro de acidentes pessoais que vigora no Campus de Basquetebol Angra do Heroísmo.
* Declaro que o meu educando não tem quaisquer contra-indicações para a prática de atividades físicas (Lei de Bases da Atividade Física e do Desporto, Artigo 40º - n.º 2 de 16 de janeiro), no âmbito do Campus de Basquetebol Angra do Heroísmo.
* Declaro para os devidos efeitos, que o meu educando não é portador(a) de doenças contagiosas que possam pôr em causa a saúde de terceiro.
* Confirmo a veracidade das informações constantes desta ficha de inscrição, e caso haja alguma alteração às mesmas, informo o Campus de Basquetebol Angra do Heroísmo.
* Autorizo Não autorizo o meu educando a ser filmado ou fotografado para reportagens internas ou externas (televisão, documentários) no âmbito do Campus de Basquetebol Angra do Heroísmo.
* Autorizo Não autorizo o meu educando a sair das instalações do Campus de Basquetebol Angra do Heroísmo e sozinho, em caso de não autorização de saída sozinho, apenas poderá ser entregue o meu educando á guarda das seguintes pessoas:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Parentesco | Nome | Telefone |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Autorizo  Não autorizo que seja administrado o(s) seguintes medicamento(s).

|  |  |
| --- | --- |
| Medicamento | Hora(s) de administração |
|  |  |
|  |  |

* Em caso de urgência se contacte seguintes pessoas:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Parentesco | Nome | | | Telefone |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |

* Confirmo a veracidade das informações constantes desta ficha de inscrição, e sempre que houver alguma alteração às mesmas, informo a resposta social onde o meu educando está inscrito.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **assinatura encarregado de educação** | **n.º documento de identificação** | |

.

*Nota: O termo de responsabilidade deverá ser entregue no primeiro dia de campus.*