

Nome Completo: _____

Nome pelo qual prefere ser tratado(a): _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____

NIF: _____

Telemóvel (participante): _____ E-mail (participante): _____

Morada: _____

Ano de escolaridade: _____ escola: _____

Passatempos: _____

Frequenta outras atividades? _____ Em caso afirmativo, indique por favor quais e em que horário:

Atividade: _____ Horário: _____ Anos de frequência da atividade: _____

Atividade: _____ Horário: _____ Anos de frequência da atividade: _____

Atividade: _____ Horário: _____ Anos de frequência da atividade: _____

Motivo pelo qual deseja frequentar esta atividade: _____

O seu/sua educando(a) tem algum problema de saúde ou outro ao qual deva ser prestado algum tipo de atenção específica? Se sim, descreva por favor indicando qual e que tipo de atenção deve ser prestada: _____

DADOS DOS SIGNIFICATIVOS

Nome Encarregado Educação: _____

Telemóvel: _____ E-mail: _____

Morada: _____

Profissão: _____

Outros contactos relevantes:

Nome: _____ Telemóvel: _____ Parentesco/outra ligação: _____

Nome: _____ Telemóvel: _____ Parentesco/outra ligação: _____

Nome: _____ Telemóvel: _____ Parentesco/outra ligação: _____

Expetativas que tem para o seu/sua educando(a) nesta atividade: _____

DADOS PAGAMENTO

Os pagamentos deverão ser realizados até ao dia 8 de cada mês, preferencialmente, pessoalmente ao Pedro nos ensaios, por MBWAY (918950276) ou via transferência bancária para o IBAN: PT50 0018 0008 0311 7974 0205 2 .

No caso de pretenderem recibo, então o pagamento terá que ser feito para o IBAN da Associação: PT50 0018 0008 0311 3619 0202 5.

Qual o modo de pagamento que prefere: _____