

ELEMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ADOLESCENTE

Nome

Data de Nascimento

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D	D	M	M	A	A	A	A

CARTÃO DE CIDADÃO/PASSAPORTE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

NÚMERO UTENTE DE SAÚDE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

MORADA

CÓDIGO-POSTAL

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

NOME	IDADE	PROFISSÃO	PARENTESCO

IDENTIFICAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Nome

TELEMÓVEL

TELEFONE (EMPREGO)

GRAU DE PARENTESCO

E-MAIL

OUTRAS INFORMAÇÕES

É A PRIMEIRA VEZ QUE PARTICIPA NUM PROJETO DA CÁRITAS DIOCESANA DE LEIRIA?

SIM

NÃO

TEM ALERGIAS OU OUTRO PROBLEMA DE SAÚDE?

SIM

NÃO

SE RESPONDEU SIM, ESPECIFIQUE:

AUTORIZAÇÃO DE CAPTAÇÃO DE SOM E IMAGEM

assinalar a opção pretendida

AUTORIZO

NÃO AUTORIZO

ao abrigo do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), a captação, utilização e divulgação de imagens e/ou registos sonoros do/a menor acima identificado/a, recolhidos no âmbito do projeto EQUIPA-TE, promovido pela Cáritas Diocesana de Leiria, no contexto das atividades do grupo Cáritas Jovem.

As imagens e/ou sons poderão ser utilizados para fins institucionais, nomeadamente: Publicações e materiais promocionais da Cáritas Diocesana de Leiria; Redes sociais e website da Cáritas Diocesana de Leiria; Meios de comunicação social e parceiros institucionais.

Declaro ainda que esta autorização é concedida de forma gratuita, sem qualquer tipo de compensação financeira, e que tenho conhecimento de que poderei solicitar a sua revogação a qualquer momento, por escrito, através do contacto geral@caritasleiriafatima.pt.

DOCUMENTOS A ENTREGAR COM A INSCRIÇÃO

DECLARAÇÃO DO ESCALÃO DE ABONO DE FAMÍLIA 2025

CARTÃO DE CIDADÃO/PASSAPORTE

VALOR DA PARTICIPAÇÃO

1º ESCALÃO

20€

2º ESCALÃO

30€

3º ESCALÃO

40€

4º ESCALÃO

50€