



Nome Completo do participante:

AUTORIZAÇÃO – Declaro que autorizo o meu educando a:

Deslocar-se em Transportes Municipais	Sim		Não	
Sair sozinho no final das atividades	Sim		Não	

Se respondeu **Não (sair sozinho no final das atividades)**, indique o(s) nome(s) e graus de parentesco da(s) pessoa(s), com quem o seu educando pode sair:

Nome:	Contacto:
Nome:	Contacto:
Nome:	Contacto:

Outras informações

Alimentos alérgicos	
Medicação obrigatória	
Cuidados especiais de saúde	

Odivelas, ____ de _____ de 2022

O pai/mãe ou representante legal
