

TERMO DE RESPONSABILIDADE 08-09 SEMANA -
CAMPOS DE FÉRIAS MODALIDADES
INFORMAÇÃO MÉDICA
SISTEMA DE SAÚDE
S. SOCIAL
ADMA
ADME
ADMFA
SAMS
ADSE
CTT
PT
SSMJ
MÉDIS
OUTROS
QUAL?
NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR
Nº BENEFICIÁRIO
DOENÇAS
BRONQUITES
SOPRO CARDIACO
OSGOOD-SCHLATTER
SARAMPO
PAPEIRA
VARICELA
DIABETES
OTITES
RUBÉOLA
ASMA
OUTRAS
QUAIS?
LESÕES QUE JÁ TEVE
MEDICAÇÃO HABITUAL
MEDICAÇÃO SOS
JÁ ESTEVE HOSPITALIZADO?
PORQUE?
DECLARAÇÃO

Declaro como responsável legal do aluno supra identificado, que:

1. Autorizo a sua inscrição nos Campos de Férias das Modalidades do Sport Lisboa e Benfica e tenho conhecimento das regras gerais de inscrição, em particular das condições do seguro obrigatório pelo qual está abrangido e que o mesmo se trata de um seguro de reembolso;
2. Conforme minha especial obrigação (dl 05/2007), asseguro que o aluno supra indicado não apresenta quaisquer contra-indicações para a prática de futebol;
3. Autorizo a captação de imagens e som, qualquer que seja o seu suporte, do aluno supra indicado no decorrer de todas as actividades do Campo de Férias. Assim sendo as mesmas poderão ser utilizadas pelo Sport Lisboa e Benfica para a transmissão, reprodução, publicação, promoção, adaptação, nos meios que este achar por bem.

NOME COMPLETO
ASSINATURA CONFORME B.I.
DATA
 - -
PAI
MÃE
TUTOR
A PREENCHER PELOS SERVIÇOS
RECEBIDO EM
 - -
POR
LANÇADO EM
 - -
POR