

Foto

FICHA DE INSCRIÇÃO

Sócio nº: _____
Não Sócio: _____

Modalidade:

Hipoterapia Equitação Terap. Equitação

IDENTIFICAÇÃO DO PRATICANTE

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Morada: _____

Concelho: _____ Código Postal: _____

B.I. Cartão de Cidadão Cédula Pessoal/Assento de Nascimento n.º _____

Contribuinte N.º: _____

Beneficiário: Representante Legal: Pai Mãe outro

Contacto telefónico: Tlm _____

Companhia de Seguro: _____ Apólice de Seguro nº _____

DADOS CLÍNICOS

Vacinas em dia: Sim Não Asma: Sim Não Epilepsia: Sim Não

Alergias: Sim Não Tipo: _____

Outras informações: _____

FILIAÇÃO/ RESPONSÁVEL LEGAL

Pai: _____

Telf. _____ Telemóvel _____ Telf. Trabalho _____

Morada (se diferente da do praticante) _____

Mãe: _____

Telf. _____ Telemóvel _____ Telf. Trabalho _____

Morada (se diferente da do praticante) _____

Outro: _____

Telf. _____ Telemóvel _____ Telf. Trabalho _____

Morada (se diferente da do praticante) _____

Data ____/____/____

Tomei conhecimento e concordo com os termos do regulamento.

Assinatura legível