

Camp Sunshine Portugal - Formulário de Inscrição 2024

Seleção da Semana

<p>Selecione da lista a semana(s) de Acampamento¹ que pretende frequentar (coloque um X)</p> <p>¹Pode fazer registo para qualquer das duas semanas de jovens. Os campistas só podem participar de 1 semana de acampamento, se você deseja fazer duas semanas, será colocado em uma lista de espera para sua semana de preferência R 2 e mais perto de julho, confirmaremos se podemos oferecer a você um lugar por uma semana adicional.</p>	<p>1ª Semana – Semana das Crianças 7-11 anos 08/07/2024 - 13/07/2024</p> <p>2ª Semana – Semana de Jovens +12 anos 15/07/2024 - 20/07/2024</p> <p>3ª Semana - Semana de Jovens +12 anos 22/07/2024 - 27/07/2024</p>
---	---

Nome do Campista

Nome Completo	
----------------------	--

Identificação do Campista

Tipo de identificação do campista (cartão de identificação ou passaporte)	
Número de identificação do campista (número do cartão de identificação ou número do passaporte)	
Data de validade do ID do campista dd/mm/aaaa	

Data de Nascimento e Gênero do

Data de Nascimento	
Idade	
Gênero (Coloque um X)	Feminino Masculino

Morada

Morada Linha 1	
Morada Linha 2	
Localidade	
Concelho	
Código Postal	
País	
Número telefone fixo	
Numero telemóvel	
Correio Electrónico	

A morada do encarregado de educação é o mesmo do campista? (Sim / Não)	
---	--

Detalhes do Encarregado de Educação

Título	
Nome completo	

Detalhes do Encarregado de Educação ID

Tipo de identificação do Encarregado de Educação (cartão de identificação ou passaporte)	
Número de identificação do Encarregado de Educação (número do cartão de identificação ou número do passaporte)	
Data de validade do ID do Encarregado de Educação dd/mm/aaaa	

Detalhes do Encarregado de Educação

Relação ao Campista	
Morada Linha 1	
Morada Linha 2	

Localidade	
Concelho	
Código Postal	
País	
Número telefone fixo	
Número telemóvel	
Correio Electrónico do Encarregado	

Saúde e Dieta

Tem algum problema de saúde? (Sim / Não)	
Se sim, mencione	
Tem alergias? (Sim / Não)	
Se sim, mencione	
Algum cuidado alimentar? (ex: vegetariano) (Sim / Não)	
Se sim, mencione	
Para além de alergias alimentares tem alguma comida que não come? (Sim / Não)	

Se sim, mencione	
-------------------------	--

Detalhes do seu serviço de saúde

Exigimos o seu número de identificação médica em português ou se você mora fora de Portugal, o nome e o número da apólice da sua apólice de seguro de saúde.	
Nome do profissional de saúde	
Número de identificação / apólice de seguro de saúde	

Amigos e Familiares

Você tem alguma família ou amigos que também participem como campista com quem deseja compartilhar? (Sim / Não)	
Você pode inserir os nomes de até duas pessoas do mesmo sexo que estão participando do mesmo acampamento. Isso é para alocar acomodações para dormir	

Termos e Condições

Eu confirmo que li e aceito os Termos e Condições do Camp Sunshine	
Assinatura	
Data	

Os formulários preenchidos devem ser digitalizados e enviados por e-mail para registro@campsonshineportugal.org.