



INSCRIÇÃO E AUTORIZAÇÃO

Declaro que autorizo o(a) meu(minha) educando(a)

_____ a participar no Jamboree Regional 2019, a se realizar de 07 a 10 de Junho/19, na ilha do Porto Santo.

Autorizo ainda que o(a) meu(minha) educando(a) seja acompanhado nas atividade e deslocações pelos elementos designados pela Associação de Basquetebol da Madeira para o efeito.

Autorizo ainda a Associação de Basquetebol da Madeira a utilizar a imagem do(a) meu(minha) educando(a), em suporte vídeo ou fotografia, nos seus meios de comunicação oficiais, apenas com o propósito de promoção do basquetebol, sem que para isso tenha ficado acordada qualquer contrapartida monetária.

(Assinatura do encarregado educação)

_____ ; ____ / ____ / ____
(Local) (Data)

A participação no Jamboree 2019 implica:

1. O integral preenchimento (em letras maiúsculas) e devolução deste formulário para: geral@abmadeira.pt e sarasilva@abmadeira.pt até ao dia 29 de Maio/2019
2. O pagamento da taxa de inscrição por transferência bancária, para IBAN ABM: **PT50 0033 0000 4535 1297 9390 5**, até ao dia 29 de Maio/2019 e envio do comprovativo até à mesma data para os emails acima indicados.

DADOS PESSOAIS

Clube: _____

Nome Completo: _____

_____ Licença FPB nº _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / _____

CONTACTOS EM CASO DE URGÊNCIA

Nome: _____

Parentesco: _____ Telemóvel: _____

Email: _____

INFORMAÇÃO MÉDICA

O(a) seu(sua) filho(a) está a tomar algum medicamento? Sim ____ Não ____

Em caso afirmativo qual? _____

O(a) seu(sua) filho(a) necessita de cuidados especiais? _____

O(a) seu(sua) filho(a) tem alguma restrição alimentar? Sim ____ Não ____

Em caso afirmativo qual? _____

INFORMAÇÃO GERAL

O(a) seu(sua) filho(a) sabe nadar? Sim ____ Não ____

O(a) seu(sua) filho(a) tem alguma atividade contra indicada? Sim ____ Não ____

Em caso afirmativo qual? _____

DADOS PARA O RECIBO DA TAXA DE INSCRIÇÃO

Nome: _____

NIF: _____

Email para envio: _____