

INFORMAÇÕES ÚTEIS

Tem alguma doença crónica (Asma, etc.)? Sim Não

Qual ou quais? _____

Tem alergia a algum medicamento ou alimento? Sim Não

Qual ou quais? _____

Toma alguma medicação diária? Sim Não

Qual ou quais? _____

Tem algum problema de saúde ou limitação física que lhe cause alguma limitação na prática das actividades? Sim Não

Qual _____

Tem algum problema alimentar? Sim Não

Qual ou quais? _____

Recomendações: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo o meu educando a participar em todas as atividades a realizar no/s turno/s em que for aceite a sua inscrição e assumo integral responsabilidade por quaisquer danos ou prejuízos, que eventualmente sejam causados pelo meu educando.

Autorizações de saída (indique todas as pessoas, para além do Responsável/Encarregado de Educação, que estão autorizadas a vir buscar o participante ou se o mesmo pode sair sozinho)

Autorizo a deslocar-se sozinho após o final das atividades diária do Campo de Férias:

Não autorizo a deslocar-se sozinho após o final das atividades diária do Campo de Férias:

| NOME | BI/CC | TELEFONE |
|------|-------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

As atividades terminam às 17h30 havendo 30 minutos de tolerância para os pais ou as pessoas autorizadas virem buscar os participantes; caso este procedimento não se venha a verificar o participante poderá ser excluído da atividade nos dias seguintes

AUTORIZAÇÕES DE UTILIZAÇÃO DE IMAGENS:

No caso de não autorizar a utilização de imagens do seu educando recolhidas durante as atividades, para efeitos de divulgação do Programa Férias na Cidade, deverá fazer declaração escrita da mesma junto da entidade organizadora do Campo de Férias em que se encontra inscrito

Data: / / 2018

(Assinatura do Responsável / Encarregado de Educação)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
(ARTIGO 6º DO RGPD)

Nos termos e para os efeitos do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 (adiante RGPD), relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, declaramos que os dados pessoais ora facultados serão alvo de tratamento por parte dos serviços da Câmara Municipal da Amadora, até 12 (doze) meses após a conclusão do processo associado ao requerimento em anexo, sem prejuízo da sua conservação para além desse período para o cumprimento de obrigações municipais e/ou legais.

Declaro conhecer e aceitar a Política de Privacidade de Dados Pessoais da Câmara Municipal da Amadora e autorizo de forma livre, específica e informada, para a recolha e tratamento dos dados pessoais, para a finalidade a que se destina o presente pedido que os meus dados pessoais/ os dados do meu educando / os dados do menor que legalmente represento contidos no requerimento e/ou outros documentos submetidos por mim, sejam objeto de tratamento pela Câmara Municipal da Amadora (Declaro ao abrigo do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, que dou o meu consentimento) de forma livre, específica e informada, para a recolha e tratamento dos dados pessoais, para a finalidade a que se destina o requerimento em anexo, bem como para prossecução dos direitos e obrigações do Município e/ou dos Municípios.

O consentimento ora prestado para o tratamento de dados pessoais pelo titular de dados pessoais, poderá ser revogado por si, a todo o momento. Para revogar o consentimento do tratamento dos seus dados pessoais para as finalidades enunciadas, ou para exercer os seus direitos de acesso, retificação, oposição, apagamento, limitação e portabilidade, deverá manifestar a sua vontade, remetendo por escrito para o endereço de e-mail: rgpd@cm-amadora.pt

_____, ____ de _____ de 20____

Assinatura