

ESPAÇO – ALPIAGRA NIGHT CAMP

Ficha de Inscrição e Termo de Responsabilidade

1. DADOS DO PARTICIPANTE

Nome completo:

Data de nascimento:

___ / ___ / ____

N.º de Cartão de Cidadão: _____

Contacto telefónico: _____

E-mail:

Data prevista de chegada:

___ / ___ / ____

Data prevista de saída:

___ / ___ / ____

2. CONTACTO DE EMERGÊNCIA

Nome: _____

Grau de parentesco: _____

Contacto telefónico: _____

3. INFORMAÇÃO SOBRE Alpiagra Night Camp

Declaro que a utilização do Espaço de Campismo Jovem ALPIAGRA é gratuita e que a minha inscrição me permite utilizar o espaço destinado à instalação de tendas, as instalações sanitárias e os duches disponibilizados na Reserva Natural do Cavalo Sorraia, bem como o transporte disponibilizado pela organização, nos horários definidos.

Declaro ainda que:

- ☐ Tomei conhecimento das Normas de Funcionamento do Alpiagra Night Camp;
- ☐ Comprometo-me a cumprir todas as regras estabelecidas;
- ☐ Comprometo-me a respeitar os restantes participantes, a organização, os responsáveis pela segurança e as instalações;
- ☐ Comprometo-me a respeitar o património natural da Reserva Natural do Cavalo Sorraia;
- ☐ Tenho conhecimento de que não é permitido o consumo de bebidas alcoólicas no espaço de campismo;
- ☐ Tenho conhecimento de que não é permitido o consumo, posse ou utilização de substâncias ilícitas;
- ☐ Tenho conhecimento de que sou responsável pelos meus bens pessoais;
- ☐ Tenho conhecimento de que o transporte disponibilizado pela organização é exclusivo para participantes devidamente inscritos.

Assinatura do participante:

Data: ____ / ____ / ____

AUTORIZAÇÃO DO PAI, MÃE OU ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

A preencher exclusivamente quando o participante é menor de idade

Eu, _____,

na qualidade de:

- ☐ Pai
- ☐ Mãe
- ☐ Encarregado(a) de Educação

do menor _____,

declaro que autorizo a sua participação no Espaço de Campismo Jovem ALPIAGRA, a realizar na Reserva Natural do Cavalo Sorraia, durante o período indicado na presente ficha.

Declaro que tomei conhecimento das Normas de Funcionamento do Espaço de Campismo Jovem e que autorizo o menor a utilizar as instalações disponibilizadas pela organização, incluindo o espaço de campismo, instalações sanitárias, duches e transporte entre a ALPIAGRA e a Reserva Natural do Cavalo Sorraia, nos horários definidos pela organização.

Declaro ainda ter conhecimento de que a organização disponibiliza o espaço, transporte e condições previstas nas respetivas normas, não assumindo funções de acompanhamento ou supervisão parental do menor.

Comprometo-me a estar contactável durante o período de permanência do menor e a prestar a colaboração necessária em caso de emergência ou situação que justifique o contacto com o encarregado de educação.

Nome do pai/mãe/encarregado(a) de educação:

N.º de Cartão de Cidadão: _____

Contacto telefónico: _____

Contacto alternativo: _____

Assinatura:

Data: ____ / ____ / ____

DECLARAÇÃO FINAL

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e que tomei conhecimento e aceito as Normas de Funcionamento do Alpiagra Night Camp.

Participante:

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Quando aplicável — Pai/Mãe/Encarregado(a) de Educação:

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____