



Colégio 7 de Setembro
FUNDADOR: PROF. EDILSON BRASIL SOÁREZ

Ficha de Inscrição para o Acamp7 – 5º ano

Ano: _____

Turma: _____

Informações Pessoais

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Telefones: _____

E-mail: _____

Tamanho da Camisa PP P M G GG

Informações de Saúde

Tem algum tipo de alergia? SIM () NÃO ()

Indicar a alergia: _____

Alguma restrição que devemos ser informados? SIM () NÃO ()

Indicar a restrição: _____

Intolerância a algum alimento? SIM () NÃO ()

Indicar a intolerância: _____

Possui plano de saúde? SIM () NÃO ()

Indicar plano de saúde: _____

Caso possua plano de saúde, anexar a esta ficha a cópia do cartão do convênio.

Caso não possua plano de saúde, diante de uma necessidade durante o evento e não sendo possível contatar os responsáveis, a coordenação da Colônia de Férias acompanhará o(a) aluno(a) ao hospital público mais próximo.

OBSERVAÇÕES:



Informações importantes:

- I. Os alunos **que apresentarem sintomas gripais não poderão participar do evento.**
- II. Os que estiverem em período de **convalescença** só poderão participar com autorização médica.
- III. O valor da inscrição será devolvido em caso de cancelamento do evento ou desistência do(a) aluno(a) por doença e mediante apresentação de atestado médico.
- IV. A **validação** da inscrição só se dará após o **pagamento do boleto** e a entrega da **ficha de inscrição** assinada na secretaria ou supervisão de ensino.
- V. Os quartos serão organizados pela coordenação do evento, juntamente com o SOE, respeitando a turma do aluno e suas afinidades.
- VI. A recusa em observar a programação, o desrespeito e/ou a agressão para com os membros da equipe organizadora e demais participantes implicarão no retorno imediato do aluno a Fortaleza.
- VI. O acampamento só acontecerá se o número mínimo de vagas (100) for preenchido.

Ciente da programação e demais informações contidas no prospecto informativo, autorizo o(a) meu(minha) filho(a) a participar do Acampamento promovido pelo Colégio 7 de Setembro.

AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM DO(A) ALUNO(A)

Declaro que cedo a imagem do(a) aluno(a) abaixo identificado(a) para veiculação de mídia impressa, televisiva e/ou digital de caráter comercial e/ou institucional para Sete de Setembro Colégios do Nordeste, no qual o(a) aluno(a) estuda.

Aluno(a): _____

Pai e/ou Responsável: _____

RG: _____

CPF: _____

Fone: _____

Celular: _____

Cidade: _____

Estado: _____

Termos de Uso de Imagem Individual e Coletiva:

- I. Esta autorização refere-se à utilização do uso de imagem individual em mídia impressa, televisiva e/ou digital no Ceará, no Brasil e no Exterior.
- II. A autorização é sem nenhum ônus ou qualquer remuneração.

E assim, autorizo o uso de imagem do(a) aluno(a).

Compreendo ainda que, face às incertezas técnico-artísticas do processo editorial, a imagem poderá eventualmente não ser utilizada nas veiculações planejadas.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do Pai e/ou Responsável