

**Colégio 7 de Setembro**

FUNDADOR: PROF. EDILSON BRASIL SOÁREZ

**Ficha de Inscrição para o Acamp 7 – 7° 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**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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Colégio 7 de Setembro**  
FUNDADOR: PROF. EDILSON BRASIL SOÁREZ

## Ficha de Inscrição para o Acamp 7 – 7º ano

### 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 SOE, respeitando a turma do aluno e suas afinidades.
- VI. A recusa em observar a programação, o **desrespeito** e/ou **agressão** para com os membros da equipe organizadora e demais participantes implicarão no retorno imediato do aluno a Fortaleza.
- VII. 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 a Educadora Sete de Setembro, mantenedora do Colégio 7 de Setembro, 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