

Data de inscrição: \_\_\_\_\_ (a preencher pelos serviços internos)

Atividade 1 \_\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_\_ Mensalidade \_\_\_\_\_

Atividade 2 \_\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_\_ Mensalidade \_\_\_\_\_

Técnico de Referência 1: \_\_\_\_\_ / Técnico de Referência 2: \_\_\_\_\_  
(no caso de apoio Terapêutico)

Membros: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Descontos:**

2,5% desc. – sócio - nº de sócio: \_\_\_\_\_

2,5% desc. mensalidade – no 2º membro do mesmo agregado familiar

5% desc. mensalidade – a partir do 3º ou mais membros do mesmo agregado familiar

2,5% desc. na mensalidade – na 2ª atividade

5% desc. na mensalidade – na 3ª atividade

5% desc. na inscrição no mesmo dia de 2 mais membros do mesmo agregado familiar

## Identificação do Cliente (preencher todos os campos)

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

BI, Cédula ou CC: \_\_\_\_\_ Nº de Contribuinte: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Telefone de Casa: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

Telefone Emprego: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## Filiação (caso cliente menor)

Pai: \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Contacto preferencial: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Contacto preferencial: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## Ficha de Candidatura-Inscrição

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Entidade: \_\_\_\_\_

Nº Cmov: \_\_\_\_\_

### Termo de Responsabilidade para a Prática Desportiva:

De acordo com o nº 2 do artigo 40º da Lei n.º 5/2007, de 16 de Janeiro, da Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto, é da responsabilidade do praticante não federado garantir, previamente, as suas condições para a prática desportiva.

Assim, na qualidade de titular deste contrato, declaro para os devidos e legais efeitos que não apresento / o meu educando não apresenta quaisquer contra-indicações para a prática desportiva em Ginásio/Piscina (lesões e /ou doenças dermatológicas ou infecciosas) que ponham em causa a saúde de outros, e que, no caso de as contrair cessarei a utilização dos referidos equipamentos, consultarei um médico e só depois de curado(a) regressarei à prática das actividades acima subscritas.

Livramento, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura idêntica ao CC/BI)  
(Encarregado de Educação em caso menor)