

FÉRIAS DE VERÃO EM SERRALVES 2025**DECLARAÇÃO****A) FICHA SANITÁRIA INDIVIDUAL**

(Encarregados de Educação)

_____, titular do cartão de cidadão n.º _____, válido até ____/____/_____, residente em _____

_____, e _____, titular do cartão de cidadão n.º _____, válido até ____/____/_____, residente em _____

na qualidade de legais representantes, e com poderes bastantes para este ato, do menor (participante), _____ com a idade de _____ anos, titular do cartão de cidadão n.º _____, N.º de Utente de Saúde _____

DECLARAMOS que (*assinalar p.f. com uma cruz*):

- a) Não existem quaisquer condicionantes, nomeadamente quanto a necessidades de alimentação específica ou cuidados especiais de saúde a observar com o menor, no âmbito do programa de "Férias de ... em Serralves".
- b) Existem condicionantes, nomeadamente quanto a necessidades de alimentação específica ou cuidados especiais de saúde a observar com o menor, no âmbito do programa de "Férias de ... em Serralves", nomeadamente:

- c) Outras alergias/intolerâncias do/da menor:

- d) Grupo sanguíneo do/da menor _____

B) CEDÊNCIA DE IMAGENSMAIS DECLARAM para todos os devidos efeitos legais que (*assinalar p.f. com uma cruz se for o caso*):

- a) Não se opõem, seja a que título for, à utilização, pela FUNDAÇÃO DE SERRALVES, de imagens fotográficas e de vídeo do(a) seu(sua) filho(a), recolhidas aquando da participação do(a) menor no programa de férias da Fundação de Serralves. As imagens de vídeo e fotográficas captadas poderão ser utilizadas em programas televisivos, em publicações editadas pela Fundação de Serralves e em outros suportes, para fins de divulgação.
- b) Opõe-se à utilização de imagens fotográficas e de vídeo do(a) seu(sua) filho(a) pela FUNDAÇÃO DE SERRALVES.

C) CONTACTOS E DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU REPRESENTANTES LEGAISNOME do adulto que **traz o/a participante**

titular do cartão de cidadão n.º _____

GRAU DE PARENTESCO com o/a participante:

NOME do adulto que **vem buscar o/a participante**

titular do cartão de cidadão n.º _____

GRAU DE PARENTESCO com o/a participante: _____

Por favor indicar CONTACTO em caso de URGÊNCIA:

NOME: _____

TELEMÓVEL: _____

(assinatura do Representante legal do/da menor)

(assinatura do Representante legal do/da menor)

Porto, _____ de _____ de 2025.

(a preencher pelo Serviço Educativo)**DECLARAÇÃO RECEBIDA POR:**

ATIVIDADE: _____

DATA _____ HORÁRIO _____

MONITOR(ES) _____

1ª SESSÃO	2ª SESSÃO	3ª SESSÃO	4ª SESSÃO	5ª SESSÃO
1ª SESSÃO	2ª SESSÃO	3ª SESSÃO	4ª SESSÃO	5ª SESSÃO