



## Ficha de Inscrição - Registo Biográfico

(a preencher pelos serviços)

### Documentação entregue:

- Pagamento da inscrição \_\_\_\_ €  - Fotocópia do BI / Cédula   
- Declaração do médico a autorizar a prática de actividade física  - 2 Fotos   
- Fotocópia do cartão do Sistema de Saúde  - Fotocópia do cartão de sócio do SBCB

TURMA: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE ALUNO: \_\_\_\_\_ RECEBIDO POR: \_\_\_\_\_

### ALUNO

FOTO

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

Nº Sócio do SBCB: \_\_\_\_\_

Sexo:  Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nº BI/Cédula: \_\_\_\_\_

Arquivo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Válido até: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

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

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Telefone Casa: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Estabelecimento de ensino que frequenta: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_ Nº de aluno: \_\_\_\_\_

### AGREGADO FAMILIAR

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Actividade Profissional: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Telefone Emprego: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Nº Contribuinte: \_\_\_\_\_

Sócio do Sport Benfica e Castelo Branco: Sim  Não  Nº Sócio: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Actividade Profissional: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Telefone Emprego: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Nº Contribuinte: \_\_\_\_\_

Sócio do Sport Benfica e Castelo Branco: Sim  Não  Nº Sócio: \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÃO MÉDICA

### Sistema de Saúde

S. Social  SAMS  ADMA  PT  SSMJ  Outro   
ADMFA  Medis  CTT  ADME  ADSE  Qual?

Nome do Beneficiário Titular:

Número do Beneficiário:

### Doenças

Bronquites  Varicela  Asma  Sopro Cardíaco  Osgood-Schlatter   
Sarampo  Papeira  Rubéola  Diabetes  Otites   
Outras  Quais?

Alergias ou Doenças:

Medicação habitual:

Restrições alimentares:

Já esteve hospitalizado?  Porquê?

## Termo de Responsabilidade

Declaro como encarregado de educação do aluno supra identificado, que autorizo a sua inscrição na *CHUTALBI* – Escola de Futebol do Sport Benfica e Castelo Branco e que tenho conhecimento das regras gerais de inscrição, em particular das condições do seguro obrigatório pelo qual está abrangido e prazo de liquidação das mensalidades. Mais declaro que conforme minha especial obrigação (DL 05/2007) asseguro que o meu educando não apresenta quaisquer contra-indicações para a prática desportiva e que tal será confirmado mediante atestado médico a entregar logo que possível. Autorizo ainda a captação de imagens e som, qualquer que seja o seu suporte, do aluno supra indicado no decorrer de todas as actividades da Escola de Futebol. Assim sendo as mesmas poderão ser utilizadas pelo Sport Benfica e Castelo Branco para a transmissão, reprodução, publicação, promoção e adaptação, nos meios que este achar por bem.

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

Assinatura conforme BI: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Pai

Mãe

Tutor

(a preencher pelos serviços)

DATA DE ENTRADA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

RECEBIDO POR: \_\_\_\_\_