

COLÓNIA DE FÉRIAS FAN-TÁSTICA

VERÃO 2017

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, nascido a ___ / ___ / ___ portador do B.I. / CC nº _____, válido até ___ / ___ / ___ pelo Arquivo de Identificação Civil de _____, residente em _____, na qualidade de Encarregado de Educação/ Pai / Mãe / Tutor da criança _____, para os devidos efeitos e sob minha inteira responsabilidade, **declaro**:

- a) que o meu educando não possui qualquer contra indicação médica para a frequência das atividades inerentes à Colónia de Férias FAN-tástica Verão 2017, promovida pela Junta de Freguesia de Avenidas Novas, a acontecer nas instalações da *Quinta da Escola*, sobre as quais tomei o devido conhecimento;
- b) que tomei conhecimento que a Junta de Freguesia de Avenidas Novas aconselha a apresentação do atestado médico antes do início da referida Ação.

O Declarante

(conforme documento de identificação)

Lisboa, ___ de _____ de 2017