



TEATRO

ESCOLA MUNICIPAL ARTES DO ESPETÁCULO

FICHA DE INSCRIÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO IDADE SUPERIOR A 5 ANOS

Nome:

Localidade:

Data de Nascimento:

Contacto:

E-Mail:

Filho(a) de *

e de: *

* Só para menores de 18 anos

ACTIVIDADE

Já frequentou anteriormente a actividade de Teatro?

Se já frequentou esta actividade indique o número de anos de frequência.

Sim

Não

Quantos Anos

Identifique uma pessoa para, em caso de necessidade, os serviços contactarem?

Nome

Parentesco

Telefone

OBSERVAÇÕES

INFORMAÇÃO ÚTIL AO PROFESSOR

Portel, ____ de _____ de _____

Autorizo que os dados fornecidos sejam utilizados pela Câmara Municipal de Portel no âmbito da atividade de Teatro da Escola Municipal de Artes do Espetáculo.

DATA: ____/____/____

ASSINATURA: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO