



portel

PILATES CLINICO

FICHA DE INSCRIÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome:

Morada:

Localidade:

Data de Nascimento:

Contacto:

E-Mail:

Filho(a) de

*

e de:

*

Nº Contribuinte:

* Só para menores de 18 anos

ACTIVIDADE

Já frequentou anteriormente a actividade de Pilates?

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

EM PARCERIA COM CENTRO DE MEDICINA FÍSICO E REABILITAÇÃO - FISIOPORTEL

Portel, ____ de _____ de _____

Autorizo que os dados fornecidos sejam utilizados pela Câmara Municipal de Portel no âmbito da atividade de Pilates Clínico.

DATA: ____/____/____

ASSINATURA: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO