



Termo de Responsabilidade 2018/2019

A lei nº 5/2007, de 16 de Janeiro, que aprova a lei de bases de atividade física e do desporto, refere no n.º 2 do seu artigo 40º no âmbito das atividades físicas e desportivas não federadas, “constitui especial obrigação do praticante assegurar-se, previamente, de que não tem quaisquer contra-indicações para a prática”.

Assim, deixa de ser obrigatório a apresentação de exame médico, para a prática desportiva, mas tão-somente existe a especial obrigação do praticante assegurar que não tem qualquer contra-indicação para a prática desportiva que pretende desenvolver.

De acordo com o exposto, eu, _____, com o CC/B.I n.º _____, encarregado de educação do utente/ utente com o cartão das Piscinas Municipais de Sobral de Monte Agraço n.º _____, declaro que estou ciente e tomei conhecimento da legislação em vigor, pelo que me assegurei que o meu educando não possui quaisquer contra-indicações para a prática de _____.

Declaro que estou ciente e tomei conhecimento da legislação em vigor, pelo que me asseguro que não possuo quaisquer contra-indicações para a prática da(o) _____.

Declaro, ao abrigo do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, que dou o meu consentimento de forma livre, específica e informada, para a recolha e tratamento dos dados recolhidos por parte do Município de Sobral de Monte Agraço, sendo os mesmos acedidos por outras entidades sempre que necessário, no âmbito de todas as atividades de tratamento, e manutenção de aplicações informáticas solicitadas pelo Município.

Nos termos do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, é garantido o acesso aos dados, podendo o visado solicitar, por escrito, a sua atualização, correção ou eliminação, sem prejuízo, neste último caso, desses dados se manterem arquivados sempre que tal se justifique.

Sobral de Monte Agraço, _____ de _____ de _____.

O Encarregado de Educação / Utente:

Ficha de Inscrição 2018/2019



Nº de Cartão: _____

Inscrição ☐

Reinscrição ☐

Nome: _____

Nº de Contribuinte: _____ CC/BI nº _____ válido até ____/____/____

Data de Nascimento: ____/____/____ Anos: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

Profissão: _____

Telefones: Casa: _____ Emprego: _____

Telemóvel _____ E-mail: _____ @ _____

Contactar em caso de urgência: _____

Doenças relevantes: _____

Atividades Aquáticas

Atividade	Horário

Atividades Grupo e Ginásio

Cardiofitness Musculação Aulas de Grupo	
Cardiofitness Musculação Aulas de Grupo Pack 10 utilizações	
Outras	

Tomei conhecimento e aceito as normas de funcionamento da piscina.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____