



ATLANTIC GAMES
ORIO - ZARAUTZ - 2015

Atlantic Games Orío y Zarautz - 13-17 Julho 2015
Formulário de autorização parental

(entregar por todos os atletas até 13 de Julho 2015, pelo responsável legal)

REGIÓN :

DEPORTE :

1. Dados do desportista:

Nome: _____

Apelido: _____

Data de nascimento: ___/___/___

Morada: _____

Telefone / telemóvel: _____

2. Questionário de saúde

O desportista sofre de alergias, de diabetes, de enxaquecas, de epilepsia, ou de outra doença ou incapacidade? Sim Não

Se sim, qual? _____

É alérgico a certos produtos (antibióticos, élastoplast, aspirina,...)? _____

É alérgico à penicilina? _____

Recebe algum tratamento médico neste momento? Se sim, quais são os detalhes: __

Data da última vacinação anti-tetânica: _____

Tem um regime alimentar ou necessidade de um plano de dieta? Se sim, quais são os detalhes: _____

Outras Informações: _____

Nome e morada do médico que o segue :

Número de telefone / telemóvel: _____

3. Declaração de saúde parental

Autorizo que o meu filho / a minha filha receba tratamentos dentários, médicos ou cirúrgicos, que incluam anestesia, ou transfusão de sangue, que serão considerados como necessários pelas autoridades médicas presentes.

Dou a minha permissão para que estas informações possam estar guardadas pelo

Comité de Organização durante o período dos Atlantic Games 2015.

4. Autorização de participação nos Jogos Náuticos 2014

As datas da sua presença no site:

De (data): ___/___/___ a (data): ___/___/___

Autorizo (o meu filho / a minha filha) _____ a participar nos

Atlantic Games 2015 e confirmo que li as informações que se encontram no site da

internet dos jogos 2015 www.atlanticgames2015.eu

Autorizo (nome do filho / da minha filha) _____ a participar nos

Atlantic Games 2015, de acordo com o Aviso de Abertura Geral destes Jogos.

Tenho consciência que o meu filho / a minha filha _____ deve

agir de uma forma responsável durante a sua visita aos Atlantic Games 2015.

Autorizo (nome do responsável designado) _____ a agir como responsável durante o período marcado acima. Concedo-lhe autorização para actuar em meu nome se for necessário.

Confirmo que o meu filho / a minha filha possui um seguro "contra todos os riscos" durante a visita aos Atlantic Games 2015 , segundo as condições marcadas no site da internet dos jogos (Licença da federação do desporto em questão).

5. Contactos em caso de urgência

Nome da pessoa a contactar: _____

Número de telefone de casa: _____

Número de telefone do trabalho: _____

Número de telemóvel: _____

Morada: _____

6. Contactos alternativos em caso de urgência

Nome: _____

Número de telefone de casa: _____

Número de telefone do trabalho: _____

Número de telemóvel: _____

Morada: _____

7. Eu aceito que o meu educando:

- Seja fotografado
- Seja filmado por um vídeo e / ou Televisão
- Seja entrevistado pela imprensa

Aceito que o nome do meu educando seja citado nos sites Web dos Jogos, Do Comité

Internacional dos Jogos Náuticos Atlânticos.

E aceito que a sua foto possa ser utilizada para a promoção de Jogos e do nautismo.

8. Assinatura dos pais ou dos tutores

Relação com o adolescente ou criança: _____

Nome (em maiúsculas): _____

Data: ___/___/____

Assinatura:

Por favor, faça três cópias deste formulário.

- Uma cópia deve ser entregue ao Comité Organizador via el responsável por mail a registrations@atlanticgames2015.com **antes de sexta - feira, 26 jun.**
- Uma cópia deverá ser guardada pelo encarregado de educação /tutor
- Uma cópia para o/a responsável designado(a) acima (ele(a) entrega-lho para a partida)