

Ficha de Inscrição:

Nome inscrito/a:

Data de Nascimento ____/____/____(dd/mm/a)

Local no HFF: _____

Encarregado/a de Educação:

Nome (Completo):

Parentesco: _____

E-mail: _____

Autorizo que o/a meu/minha Educando/a participe no concurso “Dia Mundial sem Tabaco” e permito a utilização futura pela Comissão de Organização do concurso. “Utilização” traduz-se em exposição e divulgação nos meios de comunicação do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E..

Assinatura: _____

Data: ____/____/____(dd/mm/a)