

* Nome: _____
* Morada: _____
*Código Postal: _____ - _____ *Localidade: _____ *Concelho: _____
Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ BI <input type="checkbox"/> ou CC <input type="checkbox"/> , *Nº: _____ *NIF: _____
*Telefone Nº: _____ *Telemóvel Nº: _____ Estado Civil: _____
*Email: _____ @ _____
Situação Profissional: Ativo(a) <input type="checkbox"/> , Aposentado(a) <input type="checkbox"/> ou Doméstico(a) <input type="checkbox"/>
Habilitações: 1º - 4ºAno <input type="checkbox"/> , 5º - 7ºAno <input type="checkbox"/> , 8º - 12ºAno <input type="checkbox"/> , Curso Superior <input type="checkbox"/> , Mestrado ou Doutoramento <input type="checkbox"/>

\* Campos de preenchimento obrigatório

Disciplinas a que pretende assistir:

- Artes
- Canto Coral
- Cidadania
- Educação Física
- Hidroginástica
- Informática
- Instrum. Musical Cordas

Necessário entrega da cópia do certificado de vacinação Covid-19

**Declaro que tomei conhecimento que os meus dados pessoais serão tratados para a finalidade de registo no sistema de faturação, funcionamento das aulas e seguro. Os meus dados serão apenas cedidos à seguradora, e reservo a possibilidade de ler, consultar e solicitar total remoção dos mesmos.**

Data : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_