

INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

A preencher pelo(s) representante(s) legal(is)
d@s participantes com idade igual ou superior a 13 anos

Nome d@ participante _____

Data de nascimento / /

Assinale com um X:

	Sim	Não
O seu educando fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O seu educando consome bebidas alcoólicas? .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observações _____

O(s) representante(s) legal(is)

Nota: esta informação é importante para a equipa pedagógica que vai acompanhar o seu educando durante a(s) atividade(s) da APCC

