

# 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

