******

**Little USA Immersion Program**

**FICHA DE INSCRIÇÃO/CONTRATO DE ADESÃO**

**Importante:** Preencha esta ficha em letra legível completa e corretamente, inclusive o comprovante de pagamento.

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Órgão Emissor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de emissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Área de atuação profissional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nível de escolaridade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Completo ( ) Incompleto

Sexo ( ) M ( ) F Escola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alguém será responsável pelo pagamento? ( ) sim Não ( ) – Caso alguém seja responsável pelo pagamento, **favor preencher os dados abaixo.**

**RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**INFORMAÇÕES SOBRE O ALUNO**

Possui alguma doença? ( ) sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toma regularmente alguma medicação? ( ) sim ( ) Não Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em caso de dor/febre, que medicação o aluno costuma tomar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta medicação está autorizada, caso o (a) aluno (a) possua algum destes sintomas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

O aluno possui alergia a alguma medicação? ( ) sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O aluno possui alergia ou intolerância a algum tipo de alimento? ( ) sim ( ) Não

Quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O aluno possui plano de saúde? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº do plano / carteira: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hospital para atendimento em caso de emergência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Os alunos que possuírem plano de saúde, devem enviar cópia do RG e carteirinha e também levarem os originais no dia do evento.**

**PAGAMENTOS**

Evento/Programa: Outback Summer Time Little USA Data: 15/09/2018

 **Valor: (R$) 290,00** Forma de pagamento:

À vista: ( ) Dinheiro ( ) Cheque ( ) Depósito/Transferência

 Parcelado: ( ) Cheque pré-datado ( ) Depósito/Transferência

 Nº de Parcelas \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1ª parcela em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ última parcela em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Estou ciente e de acordo com as condições de pagamento acima, dos serviços oferecidos, do teor do contrato no verso deste e confirmo a participação do (a) aluno (a) no acampamento de imersão no dia \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Lauro de Freitas, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pelo Aluno/ Grau de Parentesco

**FAVOR PREENCHER O CANHOTO ABAIXO**

**COMPROVANTE DE PAGAMENTO**