

# 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)

\_\_\_\_\_



**apcc**

associação para a  
promoção cultural  
da criança

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