**Projeto Semear o Boccia**

Ficha de Inscrição

Ação de Formação de Oliveira do Hospital \_\_\_\_ Data e Local: Oliveira do Hospital, 12/09/2017\_

Nome

Data Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cód. Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profissão/ Função \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entidade que representa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Objectivos que pretende atingir com esta formação**:

Iniciação da modalidade em área de interesse ou profissional

Aperfeiçoamento da modalidade em área de interesse ou profissional

Currículo

Outro. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Caso esta formação seja acreditada para Treinadores (Formação Contínua de Treinadores – Nível II) e pretenda receber os respectivos créditos, indique-nos, por favor:

Nº da Cédula de Treinador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NIF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qual o número aproximado de pessoas que beneficiarão, direta e indiretamente, da sua formação?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Público-alvo por limitação funcional** | | **Sexo Masculino** | **Sexo Feminino** |
| **Com Deficiência** | Paralisia Cerebral, AVC ou outra neuro-motora |  |  |
| Outras deficiências |  |  |
| **Sem deficiência** | |  |  |
| **Totais** | |  |  |