



_____ **Curso de** _____
(nome do curso)

A preencher pelo CEAE-LPN

Taxa de inscrição _____ euros Paga em 20 ____ . ____ Recebida por _____

A preencher pelo formando em letra bem legível - não esquecer de assinar

(Nota: as informações prestadas são da exclusiva responsabilidade do formando)

Nome completo _____

Morada _____

Cód. postal _____ E-mail _____

Telefones: casa _____ emprego _____ telemóvel _____

Nascido a 19 ____ . ____ B.I. nº _____ Arquivo _____
ano • mês • dia

Profissão _____ Habilitações _____

Declaro pretender frequentar o Curso, tendo tomado conhecimento das condições de acesso e do programa de curso, e aceitando plenamente as seguintes limitações à responsabilidade do CEAE-LPN:

- Cada formando (ou o seu encarregado de educação) assume total responsabilidade pela adequação das suas condições de saúde e forma física para a frequência do Curso;

- A responsabilidade do CEAE-LPN em caso de acidente limita-se à execução de um seguro de acidentes pessoais obrigatório.

O formando

A assinar pelo encarregado de educação (só para menores de 18 anos)

Declaro autorizar o meu educando a realizar o Curso, tendo tomado conhecimento das condições de acesso e do programa de curso, e aceitando as limitações à responsabilidade do CEAE-LPN acima referidas.

O encarregado de educação

Observações _____

Mod.8 — CEAE

RECIBO

Recebemos de _____

a quantia de _____ euros pela inscrição no _____ Curso de _____

Lisboa, ____ de _____ de 20____

Pelo CEAE-LPN