Exmo. Sr. Presidente
da Câmara Municipal de OEIRAS

Ficha de Inscrição
Identificação do Participante

Identificação do Participante (Preencher com letra maiúscula)

Nome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Morada |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Localidade |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Código Postal |__|__|__|__| - |__|__|__| ______________________________
Telefone/telemóvel |__|__|__|__|__|__|__|__|__| E-mail ______________________________
Fax |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Contribuinte |__|__|__|__|__|__|__|__|__|
B.I. / Cartão de Cidadão |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Validade |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|
<u>Contacto Privilegiado</u>:
Nome |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Telemóvel |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Actividades do Sector Educativo em que se inscreve:

Nome da Actividade ______________________________
Data ______________________________
Hora ______________________________
Nº de Participantes ______________________________
Faixa Etária ______________________________

Nome da Actividade ______________________________
Data ______________________________
Hora ______________________________
Nº de Participantes ______________________________
Faixa Etária ______________________________

Nome da Actividade ______________________________
Data ______________________________
Hora ______________________________
Nº de Participantes ______________________________
Faixa Etária ______________________________

Nome da Actividade ______________________________
Data ______________________________
Hora ______________________________
Nº de Participantes ______________________________
Faixa Etária ______________________________

____
Assinatura do responsável

Mod. MPN.01/1

Para mais informações:
Telefone : 21 097 74 22/3/4
Fax : 21 097 74 25
Email : museudapolvoranegra@cm-oeiras.pt
Site : www.museudapolvoranegra.com