

Ficha de Inscrição

Nome

Morada completa

Núm. Identificação, BI/CC

Núm. Contribuinte

Data de nascimento

Contacto telefónico email

Nome do Responsável (se menor)

Contacto telefónico email

Gostos na Astronomia (geral, Planetas, Sol, galáxias, fenómenos distantes, fotografia, observação visual, etc)

Tem instrumentos de observação? Quais?

Autorizo o Centro Ciência Viva do Algarve a utilização e tratamento dos dados pessoais aqui submetidos a fim de receber a sua newsletter e informação relativa aos seus eventos, formações, ofertas e serviços.

Informa-se ainda que, enquanto titular dos dados pessoais, tem o direito de acesso, retificação e eliminação dos mesmos. Para o efeito, caso pretenda aceder, retificar ou eliminar os seus dados pessoais, poderá contactar, a qualquer momento, info@ccvalg.pt.

Declaração de Autorização do Encarregado de Educação

Eu, ,
Encarregado de Educação do menor, ,
nascido em , autorizo o meu educando a ser membro do Astroclube e participar nas atividades experimentais e sessões de observação diurna e/ou noturna, workshops ou outras atividades do AstroClube do Centro Ciência Viva do Algarve e que ele se desloque por meios próprios até aos locais das atividades, tendo tomado conhecimento do Regulamento de Funcionamento deste clube.

, de de 20__

O Encarregado de Educação

Autorizo o Centro Ciência Viva do Algarve a utilização e tratamento dos dados pessoais aqui submetidos a fim de receber a sua newsletter e informação relativa aos seus eventos, formações, ofertas e serviços.

Informa-se ainda que, enquanto titular dos dados pessoais, tem o direito de acesso, retificação e eliminação dos mesmos. Para o efeito, caso pretenda aceder, retificar ou eliminar os seus dados pessoais, poderá contactar, a qualquer momento, info@ccvalg.pt.