

SUPER FÉRIAS – JANEIRO/ 2019

PARTICIPANTES:

- ✓ Crianças nascidas entre 2007 e 2013 (06 a 12 anos)

TEMPORADA:

- ✓ Módulo 1 – de 07 a 11 de janeiro/2019
- ✓ Módulo 2 – de 14 a 18 de janeiro/2019
- ✓ Módulo 3 – de 21 a 25 de janeiro/2019
- ✓ Módulo 4 – de 28/01 a 01 de fevereiro/2019

HORÁRIO

- ✓ Segunda a Sexta-feira, das 13h às 17h

OBSERVAÇÕES GERAIS:

1. Todos os participantes terão uma CARTEIRINHA DE IDENTIFICAÇÃO que será entregue ao responsável na entrada. Para ser retirada do SESI, no final do período ou em qualquer momento, a carteirinha da criança terá que ser devolvida aos Coordenadores do SESI ou monitores. NÃO ABRIREMOS EXCEÇÕES. A entrada e saída diária serão feitas pelo Centro de Esportes.

2. Se a criança vier ou for embora sozinha, o responsável deverá assinar uma autorização NO ATO DA INSCRIÇÃO, responsabilizando-se por esta decisão.

3. Os participantes do **Super Férias** deverão trazer um lanche individual para consumo próprio do menor. Toda sexta-feira faremos um piquenique com as duas turmas juntas. Neste dia as crianças poderão trazer lanche coletivo, para dividirem umas com as outras.

4. As crianças farão atividades esportivas e recreativas diversas em espaços diferenciados como Campo de Futebol, Quadras Poliesportivas, Quadra Society e Áreas de Convivência. Portanto, as crianças deverão vir com roupas "de guerra", que possam sujar.

COORDENAÇÃO SUPER FÉRIAS DE VERÃO 2019

Eloy Rizzatti – Coordenador de Qualidade de Vida
(11) 4025-7330 / eloy.rizzatti@sesisp.org.br

Keila de Campos – Orientadora de Esporte
(11) 4025-7329 / keila.campos@sesisp.org.br

() B () NB () ALUNO/FUNC. () AC

Usuário nº _____ Valor pago: R\$ _____

() MÓDULO 1 () MÓDULO 2 () MÓDULO 3 () MÓDULO 4

Autorizo meu filho (a) _____,

CPF nº _____, data de nascimento ____/____/____, a

participar do Super Férias no SESI de Itu. Autorizo também a utilização das imagens realizadas durante o evento para divulgação nos meios oficiais de comunicação do SESI-SP.

INFORMAÇÕES DO RESPONSÁVEL:

Nome do responsável: _____

RG nº: _____ CPF nº: _____

Endereço completo: _____

Telefone: _____ e-mail: _____

INFORMAÇÕES DO PARTICIPANTE:

Possui convênio médico: () não () sim Qual? _____

Alguma alergia? _____

Algum problema de saúde? _____

CONTATOS EM CASO DE EMERGÊNCIA (obrigatório o preenchimento):

Nome: _____ grau de parentesco: _____ tel: _____

Nome: _____ grau de parentesco: _____ tel: _____

Nome: _____ grau de parentesco: _____ tel: _____

Itu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável