



## **Declaração de Responsabilidade de Saúde para a Prática Desportiva no Centro Internacional de Surf**

(nome) \_\_\_\_\_, portador do BI / CC número \_\_\_\_\_, Data de validade \_\_/\_\_/\_\_\_\_, declaro para os devidos efeitos que o meu educando \_\_\_\_\_, com o CC número \_\_\_\_\_, Data de validade \_\_/\_\_/\_\_\_\_, está apto à prática do surf e não tem qualquer contra-indicação ou doença infecto-contagiosa que seja impeditiva desta prática. Por ser verdade e me ter sido solicitado, dato e assino a presente declaração.

Costa de Caparica, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O Encarregado de Educação

\_\_\_\_\_