



**學 員 表 格**  
**BOLETIM DE ALUNO**

姓名 Nome		身份證號碼 Nº de BIR		相片 Foto
出生日期 Data de Nascimento		性別 Sexo		
聯絡電話 Telefone		班 別 Código de Turma		

地址：  
Morada

健康證明 Atestado Médico	衛生局 註冊執業編號 Nº de registo nos S.S.	醫生姓名 Nome do Médico
		醫生簽名及蓋章 Assinatura e Carimbo
須本澳政府註冊醫生簽署 O presente atestado deve ser passado por um médico reconhecido pelos Serviços de Saúde.		日期 Data:     /     /

<input checked="" type="checkbox"/> 本人茲聲明已閱讀並同意本表的各項聲明內容。 Declaro que li e concordo com o conteúdo constantes neste boletim de inscrição.	監護人簽名： Assinatura do Encarregado de Educação
<input checked="" type="checkbox"/> 本人同意敝子弟參加此項體育活動 Declaro que tomei conhecimento e autorizo o meu educando a participar nesta actividade do desporto.	
<input checked="" type="checkbox"/> 收集個人資料聲明： (1) 本表內所提供的個人資料會用作開辦活動、統計及建立資料庫的用途。(2) 報名者有權依法申請查閱、更正或更新其存於主辦機構的個人資料。  Declaração de recolha de dados pessoais: (1) Os dados pessoais recolhidos no presente formulário, destinam-se à organização de cursos de formação, para efeitos estatísticos e inclusão em base de dados. (2) De acordo com as normas aplicáveis, o candidato tem o direito de acesso, rectificação e actualização dos dados pessoais armazenados pela Organização.	

presente boletim valida-se apenas com a assinatura do encarregado de educação e do médico.

學員表格必須有監護人簽名及醫生體格檢查方為有效。

請填妥此表格連同身份證副本、近照各一張及學費於 2014 年 3 月 6 日下午 5 時 45 分前交來體育發展局，否則主辦單位將取消其學員資格。

Para não perder a qualidade de aluno, o presente boletim deve ser preenchido e entregue, **juntamente com uma cópia do BIR, uma foto recente e a taxa**, no Instituto do Desporto, impreterivelmente, até às 17h45 do dia 6 de Março de 2014.