

## FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

**Nome:**

**\* Data de Nascimento:**

*\* Nota: se o candidato for menor, solicita-se o preenchimento do ponto 3 pelo Encarregado de Educação*

**Morada:**

**Telefone:**

**Telemóvel:**

**E-mail:**

Assinale com um x a sua opção à questão: Possui deficiência visual?

Sim

Não

Assinale com um x a sua opção à questão: É sócio da ACAPO?

Sim

Não

Se respondeu sim, indique a Delegação a que pertence: \_\_\_\_\_

### 2. MÁQUINA BRAILLE E BIBLIOGRAFIA

Assinale com um x as suas opções.

Necessita de empréstimo de máquina Braille para as provas?

Sim

Não

Suporte preferencial para envio da bibliografia:

Tinta (texto normal)

Ampliado

Braille

Suporte Digital

### 3. DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DE MENORES

Por favor, preencha o texto solicitado entre parêntesis

\_\_\_\_\_ (Nome do Encarregado de Educação) tomei conhecimento do regulamento do Concurso 1<sup>as</sup> Olimpíadas do Braille e autorizo a respectiva participação do meu encarregando \_\_\_\_\_ (Nome do Educando) neste concurso. Na eventualidade de ser contactado, disponibilizo o meu número de telefone preferencial - \_\_\_\_\_ (contacto telefónico).



**\*\* Assinatura do Encarregado de Educação:**\_\_\_\_\_

**\*\* Observações:**

*Na impossibilidade deste documento ser remetido via e-mail ou entregue pessoalmente numa Delegação da ACAPO, devidamente assinado, solicita-se o seu envio para: 1<sup>as</sup> Olimpíadas do Braille - Avenida D. Carlos n.º 1, n.º126, 9.º andar, 1200-651 Lisboa.*

**Data do Preenchimento:**\_\_\_\_\_