

澳門青少年乒乓球學校

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) 基於活動需要，上述資料有可能轉交本澳或外地受委託的機構和導師。(3) 基於履行法定義務，上述資料亦有可能轉交警察當局、司法機關及其他權限實體。(4) 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) Devido à natureza da actividade, as informações acima poderão ser encaminhadas aos professores ou às entidades, locais ou de exterior. (3) Por razões de cumprimento das obrigações legais, as informações acima poderão ser encaminhadas para as entidades policiais, judiciais e outras entidades competentes. (4) 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 2015 年 12 月 18 日下午五時三十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 17h30 do dia 18 de Dezembro de 2015.