



Video Audition Minor Student Parent or Guardian Consent Form

Declaração de consentimento Audição Vídeo para alunos menores de idade

Academic Year of 2026 / 2027 | Ano Letivo de 2026 / 2027

Clear Form?

To be completed by a Parent or Legal Guardian
A Preencher pelo Encarregado de Educação

STUDENT'S NAME / Nome do Estudante

Name / Nome _____

Born in / Nascido a ____ / ____ / ____

Current School Year / Ano de Escolaridade: _____. School year to apply / Ano a que se candidata: _____

PARENT OR GUARDIAN INFORMATION

Name / Nome _____

Parentage / Parentesco _____

Address / Morada _____

City / Cidade _____, Country / País _____

Postal Code / Código Postal _____ Contact Phone / Contacto Telefónico _____

e-mail _____@_____

Parent or Guardian Consent
Consentimento do Encarregado de Educação

____ / ____ / ____
Date / Data

Signature / Assinatura

Please fill and sign the form then send it to internationalstudents@edcn.pt
Preencha o Formulário e envie para internationalstudents@edcn.pt