SWORN STATEMENT

KNOWLEDGE & RISKS CONSENT FORM



202

in the presence of (full name and professional role) commit to protect my daughter (full name)	
	na presença de (nome completo e função do/a interveniente) ome completo) nascida a (data) contra todas as formas
I acknowledge that:	
	ese Law art. 144-A, anyone who genitally mutilates, totally or girl - for non-medical reasons is punished with prison sentences of
 The preparatory acts (crimes carry prison ter 	organizing the trip; organizing the celebration, etc.) of these ms of up to 3 years.
	ountries with a prevalence of FGM/C, when re-entering the pe) the child will be called to the Health Center to assess their gical integrity.
	n for the Protection of Children and Youth) may be flagged due to ich this child is in, and will assess the child's protection situation.
Tomo ainda conhecimento	o que:
	Portuguesa art° 144-A, quem mutilar genitalmente, total ou parcialmente, – por razões não médicas é punido com penas de prisão de 2 a 10 anos.
 Os atos preparatórios prisão até 3 anos. 	(organizar a viagem; organizar a festa; etc.) destes crimes têm penas de
	a países com prevalência de MGF/C, na reentrada no Espaço de Schengen á chamada ao Centro de Saúde para avaliação da sua integridade fisica
	Proteção de Crianças e Jovens) poderá ser sinalizada devido à situação de ça se encontra, e avaliará a situação de proteção da menor.
f the protector	Full name of the intervenient Nome complete do/a interveniente