

BOLETIM DE INSCRIÇÃO CAF/AAAF ____/____**A preencher pela C.M.A**

Classificação: 750.20.600/____

Processo n.º: _____

Registo n.º: _____

Entregue em: ____/____/____

Escalaõ: _____

O Funcionário: _____

ENSINO AAAF'S (PRÉ-ESCOLAR) CAF (1º CICLO)**SITUAÇÃO DO(A) ALUNO(A)***(preencher em maiúsculas)*

ESTABELECIMENTO DE ENSINO: _____

ANO: _____ SALA/TURMA: _____

NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS: _____

NECESSIDADES

AAAF'S (PRÉ-ESCOLAR)

 07h45 às 09h00 15h30 às 18h30 Interrupções Letivas

CAF (1º CICLO)

 08h00 às 09h00 17h30 às 18h00

* os horários são definidos anualmente consoante as necessidades dos Pais e/ou Encarregados de Educação

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A)*(preencher em maiúsculas)*

NIF (Obrigatório): _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

NOME COMPLETO: _____

CC: _____ SNS: _____ NISS: _____

MÉDICO: _____ ALERGIAS: _____

OUTROS CUIDADOS DE SAÚDE: _____

MORADA DE RESIDÊNCIA: _____

CÓD. POSTAL: _____ - _____

NOME DO PAI: _____ CONTACTO: _____

NOME DA MÃE: _____ CONTACTO: _____

Nº ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR: _____

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENCARREGADO(A) DE EDUCAÇÃO*(preencher em maiúsculas)*

NIF (Obrigatório): _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

NOME COMPLETO: _____ CC/BI: _____

MORADA DE RESIDÊNCIA: _____

CÓD. POSTAL: _____ - _____

GRAU DE PARENTESCO COM O ALUNO: _____

TELEFONE: _____ TELEMOVEL: _____ EMAIL: _____

PROFISSÃO: _____ ENTIDADE PATRONAL: _____

OUTRAS PESSOAS QUE VÃO BUSCAR A CRIANÇA

NOME: _____ CONTACTO: _____

NOME: _____ CONTACTO: _____

NOME: _____ CONTACTO: _____

NOME: _____ CONTACTO: _____

AUTORIZAÇÕES

Autorizo a saída do meu Educando nas atividades a realizar fora do espaço escolar.

Autorizo que o meu educando seja fotografado no decorrer das atividades a realizar na CAF/AAAF e que as fotografias sejam publicitadas pelas entidades envolvidas no projeto.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- Declarações das entidades patronais onde conste a localização e horário de trabalho dos adultos que constituem o agregado familiar

- Cópia do Documento de Identificação da criança e do Enc. de Educação (Cartão do Cidadão ou Bilhete de Identidade ou Assento de Nascimento no caso da criança)

- Declaração do abono de família, emitido pela Segurança Social, ou pelo serviço competente da Função Pública. (Só será necessário este documento caso não tenha solicitado auxílios económicos)

DECLARAÇÃO

Sob compromisso de honra, declaro que as informações prestadas no presente boletim de inscrição estão completas e correspondem inteiramente à verdade. Declaro também que tenho pleno conhecimento das cláusulas do Regulamento de Funcionamento dos Serviços de Apoio à Família nos Estabelecimentos de Educação Pré -Escolar e do Ensino Básico da Rede Pública do Município de Alpiarça.

A participação Mensal por parte das famílias é obrigatória. O pagamento é efetuado no Gabinete de Apoio ao Município ou na Câmara Municipal de Alpiarça.

Autorizo a utilização dos dados pessoais constantes no presente Boletim de Candidatura unicamente para os fins do processo.

Tomo conhecimento que posso exercer o direito de acesso, atualização, retificação e eliminação dos dados pessoais a qualquer momento, devendo para o efeito dirigir o pedido por escrito ao Município.

O Encarregado de Educação:

Assinatura conforme doc. de identificação

Data: ____/____/____