

ANO LETIVO ____ / ____	
Reservado à Divisão de Educação e Juventude Recebido em ____/____/____ Assinatura _____	ATENÇÃO: Este documento só será aceite se tiver todos os campos devidamente preenchidos e se acompanhado por todos os documentos complementares.

1 - Identificação do Estabelecimento de Ensino

Agrupamento Escolas	<input type="checkbox"/> Dr. Manuel Gomes de Almeida		<input type="checkbox"/> Dr. Manuel Laranjeira			
Escola	<input type="checkbox"/> Espinho 2 <input type="checkbox"/> Paramos <input type="checkbox"/> Silvalde	<input type="checkbox"/> Anta <input type="checkbox"/> Espinho 3				
Turma		Ano	<input type="checkbox"/> 1.º	<input type="checkbox"/> 2.º	<input type="checkbox"/> 3.º	<input type="checkbox"/> 4.º
Professor						

2 - Identificação do Aluno

Nome						
Morada					Código Postal	-
Data de Nascimento	____/____/____	Naturalidade				
NIF				N.º do Cartão de Utente do Centro de Saúde		

3 - Identificação do Encarregado de Educação (*Anexar declaração da Entidade Patronal com **Horário de Trabalho**)

Nome					
Grau de Parentesco		NIF		N.º BI ou CC	
Morada					
Código Postal	-	Localidade			
Contacto			Situação Profissional	<input type="checkbox"/> Empregado* <input type="checkbox"/> Desempregado	
E-mail para envio das Notificações					
Telemóvel para envio de SMS					

4 - Identificação do Pai (Preencher se diferente do E. Educação/*Anexar declaração da Entidade Patronal com o **Horário de Trabalho**)

Nome					
Morada					
Código Postal	-	Localidade			
Contacto			Situação Profissional	<input type="checkbox"/> Empregado* <input type="checkbox"/> Desempregado	

5 – Identificação da Mãe (Preencher se diferente do E.Educação/*Anexar declaração da Entidade Patronal com o **Horário de Trabalho**)

Nome			
Morada			
Código Postal	-	Localidade	
Contacto		Situação Profissional	<input type="checkbox"/> Empregado* <input type="checkbox"/> Desempregado

6 – Contactos em caso de Urgência

Em caso de acidente, por favor contactar			
Nome		Contacto	
Nome		Contacto	

7 – Pessoas autorizadas a recolher a criança

Nome		Grau de Parentesco	
Nome		Grau de Parentesco	

8 – Componente de Apoio à Família: tipo de resposta social pretendida

<u>Modalidades da CAF em que se inscreve</u>			
Complemento de Horário	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Horário Pretendido	<input type="checkbox"/> das 08h00 às 09h00	<input type="checkbox"/> das 17h30 às ____h____ (no máximo até às 19h00)	
Interrupções Letivas (férias)	<input type="checkbox"/> Natal <input type="checkbox"/> Carnaval <input type="checkbox"/> Páscoa <input type="checkbox"/> Verão das ____h____ às ____h____ (no máximo até às 19h00)		

9 – Termo de Responsabilidade

O Encarregado de Educação assume inteira responsabilidade, nos termos da lei, pela exatidão de todas as declarações constantes nesta Boletim de Inscrição. Falsas declarações implicam, para além do procedimento legal, a imediata suspensão da frequência do(a) aluno(a) e o pagamento dos valores reais devidos. Mais declara que aceita ser notificado sobre o processamento e pagamento da CAF, para os contatos anteriormente indicados. e a aceitar as "Normas de Funcionamento do Serviço da Componente de Apoio à Família nos Estabelecimentos do 1.º Ciclo do Ensino Básico".

Espinho, ____ de _____ de ____ Assinatura do EE _____

10 – Autorização para tratamento de dados pessoais

O Município de Espinho garante a estrita confidencialidade no tratamento dos dados. A informação disponibilizada não será partilhada com terceiros e apenas será utilizada para os fins diretamente relacionados com as Atividades de Animação e Apoio a Família em que se insere. O registo e tratamento de dados é efetuado no respeito da lei de proteção de dados pessoais e demais legislação aplicável.

Tomei conhecimento e autorizo o tratamento dos dados constantes neste boletim e respetivos anexos.

Data: ____ / ____ / _____ Assinatura do EE _____

11 – Responsável pela verificação da inscrição

Assinatura		Recebido em	____/____/____
------------	--	-------------	----------------

Comprovativo (a devolver ao Encarregado de Educação)			
Estabelecimento de Ensino		Ano Letivo	____/____
Nome do aluno(a)			
Assinatura do Assistente		Data	____/____/____