



INSCRIÇÃO AAF/CAF

(A aceitação da inscrição está dependente da existência de vaga)

Escola EB1/JI São Pedro do Estoril Ano lectivo 2018/2019

Nome do(a) aluno (a): _____
Data de Nascimento: ___/___/___ Doc. Identificação: _____
Cartão utente: _____ NIF: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____
Ano: _____ Turma: _____ Escola/Prof: _____
Com quem pode a criança sair: _____
Autoriza a recolha e divulgação de imagens? Sim ___ Não ___
Autorizo o meu educando a participar em atividades no meio envolvente? Sim ___ Não ___
Pretende que o seu educando elabore os TPC na CAF? Sim ___ Não ___
Nome do Encarregado de Educação: _____ Parentesco _____
Doc. Identificação: _____ Validade: _____ NIF: _____

Nome da Mãe: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ / _____ Localidade: _____
Contacto Prioritário: _____ Telf: _____
Correio Electrónico: _____ NIF: _____
Profissão: _____ Telf. Trabalho: _____

Nome do Pai: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ / _____ Localidade: _____
Contacto Prioritário: _____ Telf: _____
Correio Electrónico: _____ NIF: _____
Profissão: _____ Telf. Trabalho: _____

OUTROS CONTACTOS:

Nome	Parentesco	Telf/Telm:



SAÚDE

Alergias: Sim ; Não .

Se sim, quais? _____

É alérgico(a) a algum medicamento? Sim ; Não .

Se respondeu sim, quais? _____

Problemas específicos de saúde?

Toma permanentemente algum medicamento?

Tem necessidades Educativas Especiais?

Em caso de urgência contactar: _____ Telefones: _____

Em caso de febre ou dores de cabeça, a CAF poderá administrar Ben-U-Ron? Sim ; Não .

Indique a dosagem _____ Peso da Criança _____

Observações:

Assinalar o Horário Pretendido

- A) **JJ**: Sim ; Horário: 07h30/09h00 – 15h00/19h00
- B) **CAF – Regime Completo (inclui férias)**: Sim
Período letivo 07h30/09h00 – 17h30/19h00 Férias: 07h30/19h00
- C) **CAF - Acolhimento**: Sim Período letivo 07h30/09h00
- D) **CAF - Tarde**: Sim Período letivo: 17h30/19h00
- E) **CAF - Férias**: Sim Período de Férias: 07h30/19h00

ENQUADRAMENTO IRS (SASE): Escalão **A** ; Escalão **B** ; Escalão **C**

Declaro que li e aceito todos os termos/condições constantes do Regulamento Interno da CAF Vitamina e que consinto o uso dos dados pessoais aqui inscritos pela gestão da Componente de Apoio à Família e Atividades de Animação e Apoio à Família.

Data: ____/____/____

O Encarregado de Educação: _____