

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						
Filiação	Pai:			Mãe:		
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 - Modalidade da CAF em que se inscreve

Horário disponível	Das 08h00 às 09h00 e das 17h30 às 19h00	
Horário pretendido	Manhãs: Das ____ às ____	Tardes: Das ____ às ____

5 – Interrupções Letivas | Pré-Inscrição

Interrupções Letivas (férias)	Natal <input type="checkbox"/>	Carnaval <input type="checkbox"/>	Páscoa <input type="checkbox"/>	Verão <input type="checkbox"/>
Horário disponível	Das 8h00 às 19h00			

6 – 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 contactos 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 _____

7 – 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 _____

8 – 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	____/____/____