

PROGRAMA CRESCER MELHOR

2º Ciclo

Ano Letivo – 2016/2017

Data de Início - _____

I – Identificação do Estabelecimento:

1) Complexo _____ Ano de escolaridade _____ Turma _____

II – Dados de Identificação:

Nome do aluno: _____

N.I.F do aluno: _____ código C.M.: _____

Nome do Encarregado de Educação: _____

Morada: _____

Cód. postal: _____ - _____ - _____ N.I.F _____

Tel.: _____ Tlm.: _____ / _____

E-mail: _____

III - Pessoas autorizadas a recolher o aluno (indicar nome , parentesco e contacto):

IV- O aluno tem seguro de acidentes pessoal:

*Sim		Não	
------	--	-----	--

Caso tenha respondido não, deverá acionar um seguro, sendo que o pode fazer através dos nossos serviços.

V- Componente de Apoio à Família (assinale com um X a opção pretendida e preencha os espaços em branco):

1) Prolongamento da manhã

Sim		Não	
-----	--	-----	--

A partir das ___h___m

2) Prolongamento da tarde

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Segunda-feira		Das ___h___m às ___h___m
Terça-feira		Das ___h___m às ___h___m
Quarta-feira		Das ___h___m às ___h___m
Quinta-feira		Das ___h___m às ___h___m
Sexta-feira		Das ___h___m às ___h___m

VI – Comparticipação Financeira

Escalão	Prolongamento da manhã	Prolongamento da tarde
A	2,50€	10,00€
B	3,13€	12,50€
C	5,00€	20,00€

VII - Documentos a anexar:

- Declaração do Escalão de Abono Família;
- Comprovativo do horário de trabalho passado pela entidade patronal;
- Cópia de apólice do seguro de acidentes pessoal*;
- Documentos de identificação do aluno e encarregado de educação.
- No caso de alergias alimentares, anexar declaração médica.

Assinatura do Enc.Educação: _____ Data: _____

