

PROGRAMA CRESCER MELHOR
FICHA DE INSCRIÇÃO 1º CEB

I- IDENTIFICAÇÃO DA ESCOLA

DATA INÍCIO - _____

1) Complexo Educativo:

COMPLEXO DOS ARCOS	
COMPLEXO DO ALVITO	
COMPLEXO DO FURADOURO	

2) Ano de Escolaridade:

Ano letivo: 2016/2017

1º ano		2º ano		3º ano		4º ano		Turma	
--------	--	--------	--	--------	--	--------	--	-------	--

II- DADOS RELATIVOS AO ALUNO

1) Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ N.I.F.: _____ Código C.M.: _____

Doenças/Alergias da criança: _____

(no caso de alergias alimentares, anexar declaração médica)

2) Nome do Pai: _____ N.I.F.: _____

Data de Nascimento ____ / ____ / ____ BI/ID Civil n.º: _____

Morada: _____

Código Postal: ____ - ____ - ____ Tel.: _____ Tlm.: _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Horário: _____

Entidade Patronal: _____ Tel.: _____

3) Nome da Mãe: _____ N.I.F.: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ BI/ID Civil n.º: _____

Morada: _____

Código Postal: ____ - ____ - ____ Tel.: _____ Tlm.: _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Horário: _____

Entidade Patronal: _____ Tel.: _____

4) Nome do Encarregado de Educação: _____ **Código C.M.:** _____

E-mail: _____

(Os campos que se seguem só deverão ser preenchidos caso o Encarregado de Educação não seja o pai ou a mãe)

N.I.F. _____ Grau de Parentesco: _____ BI/ID Civil n.º: _____

Morada: _____

Código Postal: ____ - ____ - ____ Tel.: _____ Tlm.: _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Horário: _____

Entidade Patronal: _____ Tel.: _____

5) O agregado familiar do aluno:

Grau de parentesco com o aluno	Profissão	Situação emprego	Habilitações Académicas	Idade

6) Em caso de acidente contactar (indicar nome e contacto, por ordem de prioridade)

a) _____

b) _____

c) _____

7) Pessoas autorizadas a recolher a criança (indicar nome, parentesco e contacto)

a) _____

b) _____

c) _____

8) O aluno tem irmãos inscritos no Programa Crescer Melhor:

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

8.1) Se respondeu sim, identifique o(s) irmão(s) e o estabelecimento escolar que frequenta:

III – COMPONENTE DE APOIO À FAMÍLIA (assinale com uma X a opção pretendida e preencha os espaços em branco)

1) A criança tem seguro de acidentes pessoal:

* Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-----	--------------------------

Caso tenha respondido não, deverá acionar um seguro, sendo que o pode fazer através dos nossos serviços administrativos (Complexo dos Arcos) com 5 dias de antecedência do início.

2) Prolongamento da manhã (É necessário ter seguro de acidentes pessoal)

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

A partir das ___h ___m

3) Prolongamento da Tarde (É necessário ter seguro de acidentes pessoal)

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Das 17h15m às ____h ____m

4) Serviço de Almoço

O serviço de almoço nos Complexos Escolares está sujeito a prévia marcação da refeição de acordo com o estabelecido.

5) Transporte

Se necessitar de Transporte deverá dirigir-se à Junta de Freguesia da sua área de residência.

6) Documentos a anexar:

Fotocópia do cartão ID Civil do aluno e do encarregado de educação;
Declaração do Escalão do abono de família**;
Cópia da Apólice do seguro de acidentes pessoal*;
Comprovativo do horário de trabalho passado pela entidade patronal (se solicitar componente de apoio à família).

** Caso pretenda ficar dispensado da junção de documento comprovativo do escalão de abono de família do seu educando, ficará automaticamente posicionado no Escalão 3, ao qual corresponde o pagamento do valor máximo para a frequência dos serviços solicitados, para isso assine o campo abaixo.

Tomei conhecimento e não pretendo apresentar o documento em referência	Assinatura do Encarregado de Educação
--	---------------------------------------

7) Conhecimento das normas de funcionamento do serviço.

O Encarregado de Educação supra identificado apresentou todos os documentos necessários à inscrição do seu educando no Programa Crescer Melhor e tomou conhecimento das normas de funcionamento do serviço através do Regulamento.

Data: ____/____/____

O Enc. de Educação

O(A) funcionário(a) da Secretaria

