

BOLETIM DE INSCRIÇÃO CAF VERÃO 2019



A preencher pela C.M.A

Classificação: 650.10.100/____

Processo n.º: _____

Registo n.º: _____

Entregue em: ____/____/____

Escalão: _____

O Funcionário: _____

TURNOS PRETENDIDOS (MÁX. 4)		Data limite de pagamento	Guia de Pagamento
1	01 de Julho a 13 de Julho	27 de Junho	
2	15 de Julho a 26 de Julho	11 de Julho	
3	29 de Julho a 09 de Agosto	25 de Julho	
4	12 de Agosto a 23 de Agosto	08 de Agosto	
5	26 de Agosto a 06 de Setembro	22 de Agosto	

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

(preencher em maiúsculas)

NIF (Obrigatório): _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

NOME COMPLETO: _____

CC: _____ SNS: _____ NISS: _____

MÉDICO: _____ ALERGIAS: _____

OUTROS CUIDADOS DE SAÚDE: _____

MORADA DE RESIDÊNCIA: _____

CÓD. POSTAL: _____ - _____

NOME DO PAI: _____ CONTACTO: _____

NOME DA MÃE: _____ CONTACTO: _____

TRANSPORTE

(para crianças dos Lugares)

SIM: _____ NÃO: _____

CONTACTOS DE EMERGÊNCIA

NOME: _____ CONTACTO: _____

NOME: _____ CONTACTO: _____

OUTRAS PESSOAS QUE VÃO BUSCAR A CRIANÇA

NOME: _____ CONTACTO: _____

NOME: _____ CONTACTO: _____

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- Declarações das entidades patronais onde conste a localização e horário de trabalho e período de férias dos adultos que constituem o agregado familiar .

DECLARAÇÃO

Sob compromisso de honra, declaro que as informações prestadas no presente boletim de inscrição estão completas e correspondem inteiramente à verdade. Declaro também que tenho pleno conhecimento das cláusulas do Regulamento de Funcionamento dos Serviços de Apoio à Família nos Estabelecimentos de Educação Pré -Escolar e do Ensino Básico da Rede Pública do Município de Alpiarça, e do Projecto CAF Verão 2019.

AUTORIZAÇÕES

☐

Autorizo a utilização dos dados pessoais constantes na ficha de inscrição unicamente para efeitos do processo

☐

Tomo conhecimento que posso exercer o direito de acesso, atualização, retificação e eliminação dos dados pessoais a qualquer momento, devendo para o efeito dirigir o pedido por escrito ao Município.

☐

Autorizo que o meu educando seja fotografado no decorrer das atividades a realizar na CAF/AAAF e que as fotografias sejam publicitadas pelas entidades envolvidas no projeto.

O Encarregado de Educação:

Assinatura conforme doc. de identificação

Data: ____/____/____