|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INSCRIÇÃO Nº | |  | | | | | DATA | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1 – IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data Nasc. |  | | | | | | | | | | | | Naturalidade | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº C.C. |  | | | | | | | | | | | | Validade: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contribuinte |  | | | | | | | | | | | | Nº Utente | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Morada: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cód. Postal |  | | | |  | | | | | Localidade: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº Agregado Familiar |  | | Família Nuclear | | | | | |  | | | Família  Monoparental | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Pai | | |  | | | Mãe | |  | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Tem Irmãos | Sim |  | Não |  | A frequentar o ATL: | Sim |  | Não |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estabelecimento que frequenta: | | | | | | | | Pré nº 1 | | | | | | | | | |  | | | Pré nº 2 | | | | | | | | | |  | | | Pré nº 3 | | | | |  | | |
| Frequenta outro estabelecimento: | | | | | | | | | | |  | | | | Qual: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2 - SAÚDE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | No caso de o utente requerer **cuidados de saúde**, tais como; alergias, doenças crónicas, NEE, entre outras, deverão os mesmos ser mencionados neste ponto: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3 - INDICAÇÃO DO PERÍODO PRETENDIDO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Inscrição** | **Mês** | **Quinzena**  **Especificar** | **C/Almoço** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Agosto |  | 1ª |  | 2ª |  | Sim |  | Não |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| As senhas de almoço são adquiridas na Câmara Municipal de Sines, nas datas atempadamente afixadas, sempre antes de iniciar o projeto. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4 - FILIAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **Nome/Pai** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Morada |  | Cód. Postal |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Profissão |  | Empresa |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Contactos | Telemóvel | Contacto do Emprego | Residência | |  |  |  | | **Nome/Mãe** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Morada |  | Cód. Postal |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Profissão |  | Empresa |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Contactos | Telemóvel | Contacto do Emprego | Residência | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5 – ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO - Mãe (  ) Pai (  ) Outro (  )(Preencher apenas se optar por outro)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | Nome |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Morada |  | Cód. Postal |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Profissão |  | Empresa |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Contactos | Telemóvel | Contacto do Emprego | Residência | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **E-mail para contactos e/ou envio de documentos: Legível** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6 – AUTORIZAÇÕES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autorizo o meu educando a sair do ATL “A Gaivota” com: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Parentesco | | | | | | | | | Contacto | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Autorizo: (assinalar com um x se autorizar)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O meu educando(a) a sair do ATL “A Gaivota” acompanhado (a) pelas técnicas para o almoço, em passeios a pé e em deslocações a locais de interesse lúdico educativo, no âmbito do Plano de Atividades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| A recolha de imagens do meu educando(a) para efeitos de divulgação no site, no Facebook da Junta de Freguesia de Sines e em exposições que decorram nas instalações do ATL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| A cedência do nome e data de nascimento do meu educando à seguradora no âmbito do Seguro de Acidentes Pessoais - Escolar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| A cedência do nome do meu educando, Nif, morada, respetivo encarregado de educação e contacto telefónico à Câmara Municipal de Sines para efeitos de faturação de almoços no período inscrito. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| A afixação do nome do meu educando(a) em lista de admitidos, caso seja admitido(a). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **7 –OBSERVAÇÕES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8 – ASSINATURA ENCARREGADO EDUCAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tomei conhecimento do regulamento, Data: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Encarregado de Educação/Representante Legal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **9 – RESERVADO AOS SERVIÇOS – Confirmação de documentos apresentados** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cartão de Cidadão | | | |  | | Foto | | | | |  | | | Decl. IRS | | | | | | | | | | | | |  | | Nota. Liquidação | | | | | | | |  | | | | |
| Últimos 2 Recibos Vencimento | | | | | | | | | | | Mãe | | | | |  | | | Pai | | | | | | |  | | | Outro: | | | | | |  | | | | | | |
| Declaração Entidade Patronal | | | | | | | | | | | Mãe | | | | |  | | | Pai | | | | | | |  | | | Outro: | | | | | |  | | | | | | |
| Renda ou Prestação da Habitação Permanente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Bol. de Vacinas | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **\*** A declaração da Entidade Patronal tem de especificar que os pais/encarregados de educação estão a trabalhar no período ao qual respeita a inscrição. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A Funcionária, Data:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |