



REGISTO		INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS	
Entrada n.º	<input type="text"/>	Preencher pelos serviços	
Processo n.º	<input type="text"/>		
Registado em:	<input type="text"/>		
O/A Funcionário:	<input type="text"/>		

EXMO(A) SENHOR(A) PRESIDENTE
DA CÂMARA MUNICIPAL DE ARRAIOLOS

Boletim de Inscrição nas Atividades de Animação e Apoio à Família (AAAF)

Ano letivo /

Identificação da Criança *(preencher com letra maiúscula)*

Nome

Morada N.º

Localidade Código Postal NIF

Data de Nascimento CC/BI Validade

Identificação do/a Encarregado/a de Educação

Nome

Grau de Parentesco NIF

Morada N.º

Localidade Código Postal Telefone/Telemóvel

Correio eletrónico

Composição do Agregado Familiar

Nome	Grau de Parentesco	Profissão/Ocupação
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pretensão

Período das AAAF em que se inscreve:

Almoço	
Sim <input type="radio"/>	Se pretende usufruir de almoço assinalado com (x) Regularmente <input type="checkbox"/>
Não <input type="radio"/>	
Indique quais os dias: 2ª feira <input type="checkbox"/> feira <input type="checkbox"/> feira <input type="checkbox"/> feira <input type="checkbox"/> feira <input type="checkbox"/>	
Esporadicamente: <input type="checkbox"/>	
Qual o tipo de ementa que pretende? Regular <input type="radio"/> Vegetariana (ao abrigo da Lei nº 11/2017, de 17 de abril) <input type="radio"/>	
O meu educando necessita de refeição de dieta por motivos de saúde/religiosos <input type="radio"/> <i>É obrigatório anexar declaração médica comprovativa da doença/alergia alimentar do/a aluno/a e os respetivos planos alimentares ou uma declaração a manifestar as restrições alimentares por opção religiosa.</i>	

Prolongamento de Horário durante o período das atividades educativas	Horário Necessário
No período da manhã (antes das atividades letivas)	Hora de chegada: <input type="text"/> : <input type="text"/> h.
No período da tarde (posterior às atividades letivas)	Hora de saída: <input type="text"/> : <input type="text"/> h.
Atividades de AAAF durante o período de interrupção – atividades educativas (Natal, Carnaval e Páscoa)	Hora de chegada: <input type="text"/> : <input type="text"/> h.
	Hora de saída: <input type="text"/> : <input type="text"/> h.

Pessoas Autorizadas a Recolher a Criança

Nome	Grau de Parentesco	Contacto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Meios de Notificação/Comunicação

Via Postal:

Morada do/a Encarregado/a de Educação Outra Correio eletrónico Email do/a Encarregado/a de Educação Outro Deseja receber as faturas relativas ao pagamento das refeições por correio eletrónico: Sim Não **Documentos a entregar** Declaração comprovativa do horário de trabalho/formação de todos os elementos ativos que constituem o agregado familiar emitida pela respetiva entidade patronal ou formativa. No caso de trabalhadores independentes, entregar devidamente preenchida a Declaração de Honra (Anexo I). Declaração de Honra (Anexo II). Caso se aplique declaração médica comprovativa da doença/alergia alimentar do/a aluno/a e os respetivos planos alimentares ou uma declaração a manifestar as restrições alimentares por opção religiosa.

Encarregado/a de Educação	O/A Funcionário
Data <input type="text"/>	Data <input type="text"/>