

Férias em Crescimento

“Atividades de Animação e Apoio à Família”

“Componente de Apoio à Família”

“Atividades de Tempos Livres”

O responsável de tratamento destes dados é o Município de Góis.

Identificação do/a participante

Nome completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

NIF: _____

Morada completa: _____

Código Postal: _____ - _____

Identificação do/a Encarregado/a de Educação

Grau de Parentesco: _____

Nome completo: _____

NIF: _____

Morada completa (se diferente): _____

Código Postal: _____ - _____

Telefone/telemóvel: _____

Correio Eletrónico: _____

Nome do responsável quando não o Encarregado de Educação: _____

Grau de Parentesco: _____

Telefone/telemóvel: _____



Serviços das Férias em Crescimento - Assinale com uma cruz o(s) serviço(s) pretendido(s) - (valor do almoço - 1,46€; valor do lanche - 0,65€)

Almoço ☐

Lanche ☐

Assinale os períodos de frequência pretendidas (valor de participação diário - 1,10€)

Apelamos aos/làs Responsáveis e/ou Encarregados/as de Educação que ponderem a necessidade das crianças e jovens terem um tempo privilegiado junto das famílias.

Assim, atendendo a que, no período de Verão, estaremos encerrados apenas três dias, solicitamos que, durante os meses de funcionamento, os/as participantes tenham pelo menos um período em que não frequentem as Férias em Crescimento.

“A “Escola” é um espaço transitório para a criança, a Família é para sempre!” Pensador

Marcar os períodos que irá frequentar.

☐ 17 a 21 de junho

☐ 24 a 28 de junho

☐ 1 a 5 de julho

☐ 8 a 12 de julho

☐ 15 a 19 de julho

☐ 22 a 26 de julho

☐ 29 de julho a 2 de agosto

☐ 5 a 9 de agosto

☐ 19 a 23 de agosto

☐ 26 a 30 de agosto

☐ 2 a 6 de setembro

☐ 9 a 11 de setembro (a confirmar)

Saúde

N.º do cartão de beneficiário: _____

Médico Assistente: _____

Tem Alergias?

Não ☐

Sim ☐

Se respondeu sim, indique quais _____



Tem alguma restrição alimentar devidamente comprovada?

Não ☐

Sim ☐

Se respondeu sim, indique qual _____

Tem problemas de saúde?

Não ☐

Sim ☐

Se respondeu sim, indique qual _____

Toma algum medicamento?

Não ☐

Sim ☐

Se respondeu sim, indique qual o medicamento e o horário da toma:

Nome da pessoa a contactar em caso de emergência: _____

Telefone/telemóvel: _____

Autorização de saída da sede das Férias em Crescimento

Autorizo a saída do meu/minha educando/a do local sede das *Férias em Crescimento*, quando acompanhado/a por um/a auxiliar ou monitor/a, a fim de participar em atividades do Cronograma, nomeadamente **ida a banhos nas Praias Fluviais, viagens/visitas lúdico-pedagógicas dentro do Concelho**, que se realizem durante o programa

Não ☐

Sim ☐

Autorização de saída do espaço das atividades das *Férias em Crescimento* acompanhado por:

- Nome: _____; contacto: _____

- Nome: _____; contacto: _____

- Nome: _____; contacto: _____

- Nome: _____; contacto: _____

- Nome: _____; contacto: _____

Documentos de entrega obrigatória:

☐ Declaração da entidade patronal dos pais onde conste o horário praticado e o(s) período(s) de férias;

☐ Autorização de imagem;

☐ Autorização de saída do espaço sede das Férias em Crescimento, sem acompanhamento.

O/A Requerente:

_____.

Recebido a ____/____/2024

Por: _____