

Ficha de Inscrição

Programa Férias em Crescimento: AAAF/CAF/ATL

Estabelecimento de Ensino _____

1. Identificação da criança

Nome _____
Data de nascimento ____/____/____ NIF (criança) _____
Morada _____ Localidade _____ Código Postal ____/____

2. Identificação do/a Encarregado/a de Educação

Nome _____
Grau de parentesco: _____ NIF _____
Contacto telefónico: _____ Correio eletrónico: _____
Morada (se diferente) _____ Localidade _____ Código Postal ____/____

Nome completo do/a responsável quando não o Encarregado de Educação _____
Grau de parentesco: _____ Contacto telefónico: _____

3. Serviços das Férias em Crescimento - Assinale com uma cruz o/os serviço/s pretendido/s

Necessita do serviço de refeições?

Almoço Não ____ Sim ____

Lanche Não ____ Sim ____

Assinale os dias de frequência pretendidos (valor de comparticipação diário -1,10€)

Apelamos aos/às Responsáveis que ponderem a necessidade das crianças terem um tempo privilegiado junto das famílias.

____ - 17/12/2025 ____ - 22/12/2025 ____ - 29/12/2025
____ - 18/12/2025 ____ - 23/12/2025 ____ - 30/12/2025
____ - 19/12/2025 ____ - 24/12/2025 ____ - 31/12/2025
____ - 26/12/2025 ____ - 02/01/2026

***Não serão asseguradas atividades (AAAF/CAF/ATL) nos dias em que for concedida TOLERÂNCIA DE PONTO**

4. Saúde

Nº do Sistema de Saúde _____	Médico/a Assistente _____
Tem Alergias: Não _____ Sim _____ Quais? _____	
Tem alguma restrição alimentar devidamente comprovada? Não _____ Sim _____ Qual? _____	
Tem problemas de saúde? Não _____ Sim _____ Quais? _____	
Toma algum medicamento? Não _____ Sim _____	
Se respondeu sim, indique qual a medicação e o horário da toma: _____	
Nome da pessoa a contactar em caso de emergência _____ Contacto _____	

5. Autorização de saída da sede das Atividades de AAAF/CAF e ATL

Autorizo a saída do/a meu/minha educando/a do local sede das Atividades de AAAF/CAF e ATL, quando acompanhado/a por um/a auxiliar ou monitor/a, a fim de participar em atividades do Cronograma.
Não _____ Sim _____

6. Autorização de saída no final das atividades das Férias em Crescimento acompanhado por:

Nome: _____	Contacto: _____
Nome: _____	Contacto: _____
Nome: _____	Contacto: _____
Nome: _____	Contacto: _____

7. Entrega de documentos:

Autorização de imagem - Sim _____ Não _____
Autorização de saída (apenas se autorizar a saída da criança sozinha - Sim _____ Não _____

NOTA: Local das atividades a confirmar posteriormente

O/A Encarregado/a de Educação O/A Responsável	Data _____/_____/_____
---	------------------------

Recebido por:

_____ Data _____/_____/_____