

Góis
município

DDESC| SEFE

Ficha de Inscrição - Natal

Programa Férias em Crescimento: AAAF/CAF/ATL

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 _____/____

3. Serviços das Férias em Crescimento - Assinale com uma cruz o(s) 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.

___ **- 15/12/2026**	___ **- 21/12/2026**	___ **- 28/12/2026**
___ **- 16/12/2026**	___ **- 22/12/2026**	___ **- 29/12/2026**
___ **- 17/12/2026**	___ **- 23/12/2026**	___ **- 30/12/2026**
___ **- 18/12/2026**	___ **- 24/12/2026**	___ **- 31/12/2026**

***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 mo final das atividades das Férias em Crescimento acompanhado por:

Nome: _____ Contacto: _____

Nome: _____ Contacto: _____

Nome: _____ Contacto: _____

Nome: _____ Contacto: _____

7. Entrega de documentos, obrigatórios:

Autorização de imagem

Autorização de saída (apenas se autorizar a saída da criança sozinha)

NOTA: Local sede - Escola Básica de Góis e Escola Básica Anselmo dos Santos Ferreira em Alvares

O/A Responsável

_____ Data _____/_____/_____

Recebido por:

_____ Data _____/_____/_____