

Componente de Apoio à Família - CAF - 1.º Ciclo

Atividades de Animação e Apoio à Família - Pré-escolar

(assinale com X a opção pretendida)

Aviso: Para inscrição na CAF (a partir das 8h e das 17h15m) e AAAF (a partir das 8h e das 15h30m/17h30m) é obrigatória a entrega de Declaração comprovativa do horário de trabalho de todos os elementos ativos que constituem o agregado familiar, emitida pela entidade patronal. A situação dos alunos que usufruam de transporte municipal será analisada individualmente. (O formulário tem validade no ano letivo 2020/21)

O aluno usufrui de transporte escolar?

Sim

Não

Se indicou Sim, a partir de que data

_____/_____/_____

IDENTIFICAÇÃO DA ESCOLA

Agrupamento de Escolas:

Azambuja

Vale Aveiras

Alto de Azambuja

Estabelecimento de ensino (EB ou JI)

Ano

Turma

DADOS DO ALUNO

Nome completo

Data de nascimento

____/____/____

Género

M

F

Idade

NIF

____-____-____

Documento de identificação n.º

C.C.

Passaporte

Outro

Sistema de Saúde

N.º de Beneficiário

Morada

N.º

Andar

Localidade

Código Postal

____-____

-

(indicar apenas dados que sejam diferentes do aluno)

Nome completo do Pai

Situação Profissional

Empregado

Desempregado

Localidade do Trabalho

Horário de Trabalho

Telefone

email

____@_____

Nome completo da mãe

Situação Profissional

Empregado

Desempregado

Localidade do Trabalho

Horário de Trabalho

Telefone

email

____@_____

Nome do Encarregado de Educação

Morada

Localidade

Código-postal

____-____

Telefone

email

____@_____

Situação Profissional

Empregado

Desempregado

Grau de parentesco

Localidade do Trabalho

Horário de Trabalho

Pessoa a contactar durante o período das CAF ou AAAF, em caso de emergência

Nome	<input type="text"/>	Grau de parentesco	<input type="text"/>
Telefone	<input type="text"/>	email	<input type="text"/> @ <input type="text"/>

Períodos em que inscreve o aluno (assinalar com X)

<input type="checkbox"/> CAF em Período Letivo*	<input type="checkbox"/> Manhã - Pré e 1.º ciclo (a cobrar) 08h00m às 8h30m
<input type="checkbox"/> AAAF em Período Letivo*	<input type="checkbox"/> Tarde - 1.º ciclo (a cobrar) 17h15m às 18h30m
	<input type="checkbox"/> Tarde - Pré-escolar (gratuito) - 15h30 às 17h30
	<input type="checkbox"/> Tarde - Pré-escolar (a cobrar) - 17h30 às 18h30m

*Mínimo de 10 inscrições para constituição dos grupos

CAF ou AAAF em Interrupções Letivas e Férias (Mínimo de 10 inscrições para constituição de grupos)

Setembro	Natal	Páscoa	Julho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pessoas autorizadas a recolher o aluno no final da CAF ou AAAF

Nome	Grau de parentesco	Telefone
<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"/>

Informação relativa à saúde do Aluno

A criança tem algum problema de saúde? Se sim, qual?

A criança tem Necessidades de Saúde Especiais (NSE)? Toma algum medicamento regularmente? Se sim, qual? Precisa de cuidados especiais em relação a alergias, medicamentos, dieta, cansaço, práticas desportivas e/ou outros?

Outras observações e recomendações

Autoriza o seu educando a participar nas visitas de estudo a realizar de acordo com a planificação das atividades?	Autoriza a utilização de fotografias das atividades CAF ou AAAF que contenham a imagem do seu educando, para informação ou folhetos de divulgação para a comunidade escolar?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Reservado ao Serviço de Educação da C.M.A.

Esc. 1

Esc. 2

S/ Esc.

Termo de responsabilidade: Assumo inteira responsabilidade, nos termos da lei, pela exatidão de todas as declarações prestadas. A prestação de falsas declarações é punível por lei e implica, para além do procedimento legal, a imediata suspensão da frequência do aluno e pagamento dos valores em dívida. Salvo situações de transferências, a data limite para entrega do presente formulário é 17 de julho. **Em caso de desistência, é obrigatória a comunicação por escrito na UAP ou através do email aec.educacao@cm-azambuja.pt**

O Técnico

Data / /

Li e aceito os termos e condições Data / /

Assinatura do Encarregado de Educação

1. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que, ao abrigo do Regulamento Geral da Proteção de Dados, dou o meu consentimento para recolha e tratamento dos meus dados pessoais ao Município de Azambuja e Agrupamento de Escolas do aluno, incluindo o tratamento informático com a finalidade de utilização do Serviço de Educação/Ação Social Escolar do Município de Azambuja, ficando os mesmos disponíveis na base de dados do Município pelo período de tempo legal.

Enquanto titular dos dados pessoais, tomei conhecimento que a qualquer momento poderei retirar o consentimento agora facultado, mediante pedido de consulta e de acesso aos dados ao Responsável pelo seu tratamento, bem como alterá-los ou retificá-los, não comprometendo a licitude do tratamento efetuado e das obrigações legais a que o Município está sujeito, sem prejuízo da necessidade desses dados se manterem arquivados, sempre que se justifique.

Autorizo o envio de notificações no decorrer do processo através de correio eletrónico e SMS.

2. TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DO MENOR

Nome _____ Com o CC/BI n.º _____

valido até ___/___/_____ residente em _____

na qualidade de (*) _____ autorizo a recolha e o tratamento de dados do menor _____

_____ nos termos declarados, para os fins requeridos e para utilização do Serviço

de Educação/Ação Social Escolar do Município de Azambuja dos dados do menor.

(*) Encarregado de Educação ou Representante

Assinatura _____ Data ___/___/_____