



INSCRIÇÃO CAF

(A frequência do CAF implica o pagamento da quota anual à Associação de Pais)

EB João Gonçalves Zarco

Ano lectivo 2019/2020

Nome do(a) aluno (a): _____
Data de Nascimento: ___/___/___ Doc. Identificação: _____
Cartão utente: _____ NIF: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____
Ano: _____ Turma: _____ Escola/Prof: _____
Com quem pode a criança sair: _____
Autoriza a recolha e divulgação de imagens? Sim _____ Não _____
Pretende que o seu educando elabore os TPC na CAF? Sim _____ Não _____
Autorizo/não autorizo (riscar o que não interessa) o meu educando a participar em atividades no meio envolvente.
Nome do Encarregado de Educação: _____ Parentesco _____
Doc. Identificação: _____ Validade: _____ NIF: _____

Nome da Mãe: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ / _____ Localidade: _____
Contacto Prioritário: _____ Telf: _____
Correio Electrónico: _____ NIF: _____
Profissão: _____ Telf. Trabalho: _____

Nome do Pai: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ / _____ Localidade: _____
Contacto Prioritário: _____ Telf: _____
Correio Electrónico: _____ NIF: _____
Profissão: _____ Telf. Trabalho: _____

OUTROS CONTACTOS:

| Nome | Parentesco | Telf/Telm: |
|------|------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |



SAÚDE

Alergias: Sim ; Não .

Se sim, quais? _____

É alérgico(a) a algum medicamento? Sim ; Não .

Se respondeu sim, quais? _____

Problemas específicos de saúde?

Toma permanentemente algum medicamento?

Tem necessidades Educativas Especiais?

Em caso de urgência contactar: _____ Telefones: _____

Em caso de febre ou dores de cabeça, a CAF poderá administrar Ben-U-Ron? Sim ; Não .

Indique a dosagem _____ Peso da Criança _____

Observações:

Assinalar o Horário Pretendido

- A) **Acolhimento** (Manhã) das 7h30 às 8h30:
- B) **Vita C1** (07h30 às 9h e das 17h às 19h30):
- C) **Vita C2** (07h30 às 9h e das 14h30 às 19h30):
- D) **Vita Camp**:

ENQUADRAMENTO IRS (SASE):

Escalão **1** ; Escalão **2** ; Escalão **≥3**

Data: ____/____/____

Declaro que li e aceito todos os termos/condições constantes no regulamento interno da CAF vitamina e que consinto o uso dos dados pessoais aqui inscritos pela gestão da Componente de Apoio à Família.

O Encarregado de Educação: _____