



INSCRIÇÃO CAF

(A aceitação da inscrição está dependente da existência de vaga)

EB1 da Cotovia

Ano lectivo 2017/2018

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 ___
Autorizo o meu educando a participar em atividades no meio envolvente? Sim ___ Não ___
Pretende que o seu educando elabore os TPC na CAF? Sim ___ Não ___
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) **Vita A1:** Sim ; Não .

B) **Vita C1:** Sim ; Não .

Declaro que li e aceito todos os termos/condições constantes do Regulamento Interno da CAF Vitamina

Data: ____/____/____

O Encarregado de Educação: _____