



FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO/RENOVAÇÃO CAF

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

- FOTO -

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Ano/Turma: _____

Cartão de Cidadão Nº: _____

Validade: ____ / ____ / ____

(Indique o número completo, incluindo os dígitos de controlo, eg: 12345678 6 ZZ0)

Contribuinte Nº: _____

Cartão de Utente Nº: _____

Naturalidade: _____

Outro documento de Identificação: _____

ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Nome Completo: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

Localidade: _____

Telefone: _____

Telemóvel: _____

E-Mail: _____

Parentesco: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

BI/Cartão Cidadão Nº: _____ Validade: ____ / ____ / ____

(Indique o número completo, incluindo os dígitos de controlo, eg: 12345678 6 ZZ0)

Contribuinte Nº: _____

Profissão: _____

Habilitações Literárias: _____

Local de Trabalho: _____



FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO/RENOVAÇÃO CAF

PAI (se diferente do Encarregado de Educação)

Nome completo: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

E-Mail: _____

BI/Cartão Cidadão Nº: _____ Validade: ____/____/____

(Indique o número completo, incluindo os dígitos de controlo, eg: 12345678 6 ZZ0)

Contribuinte Nº: _____ Profissão: _____

MÃE (se diferente do Encarregado de Educação)

Nome completo: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

E-Mail: _____

BI/Cartão Cidadão Nº: _____ Validade: ____/____/____

(Indique o número completo, incluindo os dígitos de controlo, eg: 12345678 6 ZZ0)

Contribuinte Nº: _____ Profissão: _____

TELEFONES DE URGÊNCIA

Nomes	Parentescos	Telefones
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO/RENOVAÇÃO CAF

SAÚDE

Alergias declaradas:

Doenças a assinalar:

Recomendações:

OUTRAS INFORMAÇÕES

Nº de irmãos _____

Frequentam esta escola? (sim/não)

Nome

Datas de Nascimento

____/____/____

____/____/____

AUTORIZAÇÕES

Autorização de Saída da Escola: *(indique até 3 pessoas que poderão vir buscar a criança à saída da escola sem ser o pai e mãe)*

Nome 1: _____ Parentesco: _____ Contacto: _____ CC: _____

Nome 2: _____ Parentesco: _____ Contacto: _____ CC: _____

Nome 3: _____ Parentesco: _____ Contacto: _____ CC: _____



FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO/RENOVAÇÃO CAF

Autorizo que sejam publicadas fotografias do aluno nos meios de comunicação da APEE: _____ (sim/não)

Autorizo que sejam administrados medicamentos ao aluno, em caso de urgência, nomeadamente paracetamol (BEN-U-RON ou outro semelhante) desde que respeitadas as

recomendações de saúde indicadas acima. _____ (sim/não)

Modalidade de Frequência:

☐

Frequência Anual - Cobrada durante 11 meses, de Setembro a Julho, entre os dias 1 e 8 de cada mês.

☐

Frequência Pontual - Pack Férias (Natal, Páscoa, Verão ou outro) - Cobrado até 5 dias antes do início da frequência.

☐

Pretendo receber as Notas Informativas para Pagamento e os Recibos por: Correio eletrónico (e-mail)

Papel

☐

Declaro que todos os dados constantes desta Ficha de Inscrição estão corretos. Declaro igualmente que me foram fornecidas cópias da Tabela de Preços vigente e do Regulamento Interno da APEE, dos quais fiz leitura atenta, e aceito cumprir todos os artigos neles estipulados.



FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO/RENOVAÇÃO CAF

☐ Dou o meu consentimento, para os efeitos do disposto Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), para que a **Associação de Pais e Encarregados de Educação da Escola EB1/JI de Vale Flores**, Associação sem fins lucrativos, realize tratamento dos dados aqui recolhidos sendo informado e tomando conhecimento de:

1. Responsável pelo tratamento dos dados pessoais: Associação de Pais e Encarregados de Educação da Escola EB1/JI de Vale Flores (APEE VALE FLORES);

2. Finalidade do tratamento: Interação com as atividades da **APEE VALE FLORES**, no âmbito das atividades escolares, e comunicação ocasional para envio de informações sobre novidades da associação, suas ações, eventos e iniciativas. Os dados serão conservados na **APEE VALE FLORES** enquanto o educando permanecer na **Escola EB1/JI de Vale Flores**, ou enquanto uma imposição legal o obrigar;

3. Legitimidade do tratamento: Consentimento no tratamento dos dados pessoais, exclusivamente para a finalidade aqui indicada;

4. Destinatários dos dados: Exclusivamente e no estritamente necessário à finalidade indicada, **A APEE VALE FLORES**;

5. Direitos das titulares dos dados: Poderá ser solicitado por escrito à **APEE VALE FLORES**, através do endereço eletrónico geral@apeevaleflores.pt, acesso aos dados pessoais, e bem assim a sua correção, eliminação, portabilidade, ou oposição ou limitação ao seu tratamento, e ainda retirar o presente consentimento.

____ / ____ / ____
(Data – dia/mês/ano)

(Assinatura do Encarregado de Educação)

Esta inscrição só ficará efetiva após receção do respetivo pagamento e entrega dos documentos necessários para validação da mesma (cópia de BI/CC + cópia do Cartão de Contribuinte, do aluno e do Encarregado de Educação + Comprovativo de transferência.)