



Associação de Pais do Jardim de Infância e Escola Básica da

“Quinta de Santa Teresa”

FICHA DE INSCRIÇÃO - Ano Letivo 2018/2019
Componente de Apoio à Família (CAF) - 1º Ciclo

INSCRIÇÃO N.º: _____ Sócio N.º: _____

Identificação do Aluno

Nome Completo: _____

Data Nascimento: ___/___/___ N.º Contribuinte: _____ N.º cartão utente Centro Saúde: _____

O Aluno frequentou o CAF no ano letivo anterior? Sim: _____ Não: _____

Ano (2018/2019): _____ Turma: _____ Professora: _____

Nome do Pai: _____

B/CC n.º: _____ Validade: ___/___/___ N.º contribuinte: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____ Telef: _____

Telem: _____ Telef. Trabalho: _____ E-mail: _____

Nome do Mãe: _____

B/CC n.º: _____ Validade: ___/___/___ N.º contribuinte: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____ Telef: _____

Telem: _____ Telef. Trabalho: _____ E-mail: _____

Nome do Encarregado de Educação (EE) - Caso não seja o Pai/Mãe: _____

B/CC n.º: _____ Validade: ___/___/___ N.º contribuinte: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____ Telef: _____

Telem: _____ Telef. Trabalho: _____ E-mail: _____

Quota Anual: 5€

Inscrição Anual: 25€

Seguro Anual: 11€

Mensalidade: 66,50€

Mensalidade ½ Tempo: 48 € (candidaturas em setembro)

Lanche/mês: 25€ Sim: _____ Não: _____ T'shirt (APEST): 5€ Sim: _____ Não: _____ Tamanho: _____

O número de mensalidades a pagamento durante o ano letivo é de 11 (Set. a Jul.). O valor da mensalidade do mês de Julho é repartido pelas restantes 10 mensalidades, perfazendo, de Setembro a Junho, uma mensalidade de 66,50 € + 66,50 € / 10 = 73,15 €.

Desconto de mensalidade: 2º irmão - 10%, 3º irmão e seguintes - 15%.

Faturação

As faturas/recibos serão remetidas via email. Por favor, indique o endereço de email no qual pretende receber esta informação: _____

Caso pretenda continuar a receber em papel, queira por favor indicar: Sim: _____ Não: _____

Horário:

Período letivo: 7h30 - 9h00 12h30 - 14h00 17h30 - 19h30 ½ Tempo – Manhã ou Tarde

Período não letivo: 7h30 - 19h30 ½ Tempo – Todo o dia



Termo de responsabilidade

Autorizo o meu educando a sair acompanhado por **(o acompanhante deverá ter idade superior ou igual a 18 anos)**:

Grau de parentesco	Nome Completo	CC
Pai	Sim: ____ Não: ____	
Mãe	Sim: ____ Não: ____	

Primeiros Socorros/Doença

Sempre que a(o) Monitor(a) observar sinais de doença, os Pais/EE serão informados, de forma a ir buscar a criança e tomar as providências adequadas.

Contactos de Emergência (por ordem de prioridade)

Nome da pessoa a contactar: _____ Parentesco: _____ Telemóvel: _____
Nome da pessoa a contactar: _____ Parentesco: _____ Telemóvel: _____
Nome da pessoa a contactar: _____ Parentesco: _____ Telemóvel: _____

Outras Informações

Poderá ser administrado ao seu educando, Paracetamol (ex: Be-nu-ron), enquanto não o for buscar? Sim: ____ Não: ____

A criança possui alguma alergia/ intolerância? Sim: ____ Não: ____

Se sim, qual: _____

A criança tem outras situações clínicas que considere dever referenciar? Se sim, quais?

Terapêutica aconselhada _____

Autorização para Recolha de Imagens

Autorizo a recolha e captação de imagem (fotografia e vídeo) do meu educando(a), no âmbito das atividades realizadas na APEST*: Sim: ____ Não: ____

Comprometo-me a não utilizar/publicar fotos pessoais tiradas no âmbito das atividades realizadas na APEST onde apareçam outras crianças para além da minha: Sim: ____ Não: ____

* A APEST é responsável pelo tratamento dos dados recolhidos e garante o acesso, oposição ou eliminação, mediante pedido escrito para o endereço eletrónico apest.geral@gmail.com

As imagens e vídeos realizados servirão unicamente para fins internos da Escola e APEST, estando a identidade e privacidade da criança assegurada.



Proteção de Dados

A APEST assume o compromisso de privacidade e segurança das informações pessoais de cada aluno.

Os dados recolhidos anualmente não serão tratados individualmente nem fornecidos a entidades externas com exceção do Ministério da Educação e Segurança Social. À Mediadora será prestada a estrita informação para ativação do Seguro Escolar.

O Encarregado de Educação pode, a todo o tempo, pedir a consulta, correção ou eliminação dos dados que respeitem ao seu Educando, enviando mail para apest.geral@gmail.com.

Autorizo a utilização dos dados pessoais para os fins acima referidos

_____ de _____ de _____

(O Encarregado de Educação)

O REGULAMENTO das atividades da Componente de Apoio à Família, encontra-se disponível para consulta e *download* na página de internet da APEST.

www.apestblog.wordpress.com

Caso o entendam, os EE poderão solicitar uma cópia do regulamento junto da APEST.

Declaro que tomei conhecimento e aceito as condições definidas no REGULAMENTO de funcionamento da Componente de Apoio à Família (CAF) do 1º Ciclo, da Escola Básica "Presidente Maria Emília",

O Encarregado de Educação _____

Charneca de Caparica, ____ de _____ de _____

Confirmamos a receção
APEST

____/____/____