

Apólice _____	Ano Lectivo: 20____ / 20____	Fotografia
Ano de Frequência: _____	Mês: _____	
Semanas que se inscreve: 1ª ☐ 2ª ☐ 3ª ☐ 4ª ☐		

1. Dados da criança

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

NISS: _____ Número de Cartão de utente: _____ NIF: _____

Morada habitual: _____

Localidade: _____ Cód. Postal: _____ - _____ Naturalidade: _____

Pessoa (s) com quem vive: _____ Tem irmãos? _____ Os irmãos frequentam a APDAF? _____

Nome do Encarregado de Educação: _____ Grau de parentesco (do Enc. de educação): _____

Morada habitual: _____

Localidade: _____ Cód. Postal: _____ - _____ Contacto: _____

Habilitações literárias: _____ Profissão _____ Nome da Entidade _____

Data de nascimento ____/____/____ Número do CC: _____ NIF: _____

Estado civil: _____ Email: _____

2. Dados dos pais:

Nome da Mãe: _____

Morada habitual: _____

Localidade: _____ Cód. Postal: _____ - _____ Contacto: _____

Habilitações literárias: _____ Profissão _____ Nome da Entidade _____

Data de nascimento ____/____/____ Número do CC: _____ NIF: _____

Estado civil: _____ Email: _____

Rev.01.24/07/2020

A APDAF assume um compromisso de privacidade e segurança das informações pessoais cedidas para efeitos de inscrição nas suas respostas sociais. Os dados recolhidos nesta ficha de inscrição serão utilizados para os fins acima indicados, podendo ser cedidos, apenas os estritamente necessários, única e exclusivamente a terceiros como a entidade seguradora ou nos termos das suas obrigações legais (i.e. Instituto da Segurança Social). Nos termos da Lei, a qualquer momento poderá solicitar o acesso e a alteração dos seus dados, retirar o consentimento prestado nesta ficha ou solicitar a remoção/ esquecimento dos mesmos, bastando dirigir-se aos nossos serviços administrativos.

Nome do Pai: _____

Morada habitual: _____

Localidade: _____ Cód. Postal: _____ - _____ Contacto: _____

Habilitações literárias: _____ Profissão _____ Nome da Entidade _____

Data de nascimento ____/____/____ Número do CC: _____ NIF: _____

Estado civil: _____ Email: _____

3. Saúde

Alergias: Sim ☐ Não ☐ Se sim, quais? _____

Problemas específicos de saúde? _____

Toma permanentemente algum medicamento? _____

Tem Necessidades Educativas Especiais? Sim ☐ Não ☐ Se sim, quais? _____

Em caso de necessidade pode tomar: Ben u ron ☐ Brufen ☐ Em caso de urgência contactar? _____

4. Informação adicional- Quem pode vir buscar a criança:

Nome e parentesco: _____ Nome e parentesco: _____

Nome e parentesco: _____ Nome e parentesco: _____

Autorizações - (assinar no espaço correspondente)

Autorizo o meu educando a sair das instalações da APDAF, sempre acompanhado por funcionários da Instituição, para passeios a locais de interesse lúdico e recreativo dentro de Ourém (parque, piscinas, etc).

Sim - _____ Não - _____

Autorizo a APDAF a tirar fotografias ao meu educando e a utilizá-las e divulgá-las nas atividades desenvolvidas pela Associação através do facebook?

Sim - _____ Não - _____

Autorizo em caso de acidente ou doença súbita a chamar meios de emergência médica?

Sim - _____ Não - _____

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas e constantes da presente ficha de inscrição.

Data ____/____/____ O Encarregado de Educação: _____

(Assinatura)

Rev.01.27/04/2018

A APDAF assume um compromisso de privacidade e segurança das informações pessoais cedidas para efeitos de inscrição nas suas respostas sociais. Os dados recolhidos nesta ficha de inscrição serão utilizados para os fins acima indicados, podendo ser cedidos, apenas os estritamente necessários, única e exclusivamente a terceiros como a entidade seguradora ou nos termos das suas obrigações legais (i.e. Instituto da Segurança Social). Nos termos da Lei, a qualquer momento poderá solicitar o acesso e a alteração dos seus dados, retirar o consentimento prestado nesta ficha ou solicitar a remoção/ esquecimento dos mesmos, bastando dirigir-se aos nossos serviços administrativos.