**IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA Nº Utente: \_\_\_\_\_\_\_\_**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome pelo qual é tratado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ CC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Valido até \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº de Utente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Freguesia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SAÚDE / ALIMENTAÇÃO**

 Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias/ Intolerâncias: Sim Não Se sim, quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Problemas específicos de saúde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toma permanentemente algum medicamento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tem alguma necessidade especial com a alimentação? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Em caso de febre, pode ser administrado algum medicamento ao seu educando?

 Sim Não Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosagem: \_\_\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_ Ass:\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_ Ass:\_\_\_\_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Morada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Freguesia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Valido até \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Local de Emprego: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **CONTACTOS EM CASO DE EMERGÊNCIA**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **PESSOAS AUTORIZADAS A RECOLHER O ALUNO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Parentesco | CC | Contacto | Autorização | Desautorização |
| Data | Assinatura EE | Data | Assinatura EE |
|  | Pai |  |  |  |  |  |  |
|  | Mãe |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Autorizo o meu educando a sair sozinho da CAF no final das atividades: Sim Não Data: \_\_/\_\_/\_\_ Ass:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **EXPECTATIVAS**

O que espera da CAF? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **AS AUTORIZADAS**

**MODALIDADE DE FREQUÊNCIA PRETENDIDA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANUAL** | **com almoço** | **sem almoço** |
| Manhã |  |  |
| Tarde |  |  |
| Manhã + Tarde |  |  |

|  |
| --- |
| **OUTROS PERÍODOS** |
| diário |  |
| almoço |  |
| 2 semanas |  |
| 4 semanas |  |
| 8 semanas |  |

Observações:

**INFORMAÇÃO SOBRE A ESCOLA**

|  |  |
| --- | --- |
| Escola que frequenta | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Está inscrito nas AEC (Atividades Extracurriculares) |  |
| Não está inscrito nas AEC |  |
| Não está inscrito nas AEC, mas tem Religião e Moral |  |

Total a pagar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Declaro serem verdadeiros os dados presentes nesta ficha de admissão, bem como todos os documentos por mim entregues.
2. Declaro que recebi, li e tomei conhecimento do Regulamento Interno da CAF.
3. **Autorizo / Não autorizo** (riscar o que não interessa) o Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Atalaia (CSPNSA) à recolha de imagens pessoais do meu educando em suporte vídeo e/ou fotográfico nas atividades organizadas pelo CSPNSA. e, a sua utilização, em todas as plataformas do CSPNSA, reservando sempre o direito à boa imagem e integridade.
4. **Autorizo / Não autorizo** (riscar o que não interessa) o CSPNSA. a prestar todos os cuidados médicos que venham a ser necessários ao meu educando, inclusive o transporte para receber cuidados médicos inadiáveis.
5. Autorizo a utilização do conteúdo da farmácia em caso de acidente/emergência (riscar os elementos que não autorizar) Pensos rápidos, Soro Fisiológico, Dexpantenol + Cloridrato de Cloro-hexidina (ex: Bepanthene Plus), Arnica + Harpagófito (ex: Arnidol), Maleato de Dimetindeno (ex: Fenistil), Compressas esterilizadas, Fita adesiva.
6. **Autorizo / Não autorizo** (riscar o que não interessa) o meu educando a sair do CSPNSA, dentro da localidade, no decorrer das atividades pedagógicas.
7. **Autorizo / Não autorizo** (riscar o que não interessa) o meu educando a fazer atividades nas imediações das instalações do CSPNSA.
8. Autorizo a informatização e tratamento dos dados pessoais fornecidos para efeitos da elaboração do processo do utente e da operacionalização da prestação do serviço.

Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

CSPNSA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_