



ASSOCIAÇÃO DE PAIS E
ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO
DA ESCOLA EB1/JI Nº 1 DA BOBADELA



Actividades de Tempos Livres

20__/20__

INSCRIÇÃO RENOVAÇÃO

Renovação até 15/07/2013 20 €

SÓCIO Nº _____

Renovação a partir de 16/07/2013..... 25 €

Nova Inscrição 30 €

Modalidade Pretendida (assinalar com X a opção pretendida):	Modalidade	
	ATL (07:30 h. / 19:30 h.)	
	Pontas JI (07:30 h. / 09:00 h.)	
	Pontas JI (18:00 h. / 19:30 h.)	

Nome Aluno: _____

Data Nascimento: ___/___/___ Nº Contribuinte: _____

Ano: _____ Professor: _____ Horário: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Nº BI/CC: _____ Validade: _____ Nº Cartão Utente: _____

Tem irmãos? Sim Não Frequentam o ATL? Sim Não

Nome: _____ Data Nascimento: ___/___/___ Ano Escolar: _____

Nome: _____ Data Nascimento: ___/___/___ Ano Escolar: _____

Nome: _____ Data Nascimento: ___/___/___ Ano Escolar: _____

Nome: _____ Data Nascimento: ___/___/___ Ano Escolar: _____

Pai: _____

Nº Contribuinte: _____ BI/Cartão Cidadão Nº: _____ Validade ___/___/___

Morada: _____

Código Postal: _____ Localidade: _____ Tel. Casa: _____

Telemóvel: _____ Tel. Emprego: _____ Profissão : _____

Local de trabalho: _____ Horário Trabalho: _____

E-mail: _____

Mãe: _____

Nº Contribuinte: _____ BI/Cartão Cidadão Nº: _____ Validade ___/___/___

Morada: _____

Código Postal: _____ Localidade: _____ Tel. Casa: _____

Telemóvel: _____ Tel. Emprego: _____ Profissão : _____

Local de trabalho: _____ Horário Trabalho: _____

E-mail: _____



**ASSOCIAÇÃO DE PAIS E
ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO
DA ESCOLA EB1/JI Nº 1 DA BOBADELA**

Encarregado Educação: Pai Mãe Outro (Preencher os dados abaixo apenas se assinalou **Outro**)

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

Morada: _____

Código Postal: _____ Localidade: _____ Tel. Casa: _____

Telemóvel: _____ Tel. Emprego: _____ Profissão : _____

Local de trabalho: _____ Horário Trabalho: _____

E-mail: _____

Saúde:

Alergias: Sim Não Se sim, quais? _____

Problemas Específicos de Saúde: _____

Toma permanentemente algum Medicamento? _____

Tem necessidades Educativas Especiais? _____

Em caso de urgência contactar: _____ Tel: _____

Quem habitualmente vem buscar o aluno: _____

Observações: _____

Bobadela, ____ de _____ de 20__

Declaro que tenho conhecimento do Regulamento Interno do ATL.

Assinatura do Encarregado de Educação
