



**DIVISÃO DE EDUCAÇÃO, CULTURA  
E AÇÃO SOCIAL**

**SERVIÇO DE EDUCAÇÃO**

**CAMPOS DE FÉRIAS - PROGRAMA "SOBRAL VIVE AS FÉRIAS"**

<b>A preencher pelos serviços do Município</b> Processo completo (todos os documentos obrigatórios entregues) <input type="checkbox"/> ___/___/2018 Processo a Aguardar entrega de documentos obrigatórios <input type="checkbox"/> ___/___/2018 Inscrição Paga <input type="checkbox"/> ___/___/2018          Valor pago: _____€	N.º Inscrição: _____ Data de Entrada: ___/___/___ Rubrica: _____ <b>(A preencher pelos serviços do Município)</b>
--	--

**1. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_          Escola: \_\_\_\_\_

Filho de: \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_

Morada Completa: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_ - \_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Freguesia: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_

N.º de Cartão de Cidadão: \_\_\_\_\_ Data de Validade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N.º de Utente de Saúde: \_\_\_\_\_

N.º de Identificação Fiscal (NIF): \_\_\_\_\_

**2. IDENTIFICAÇÃO DO/A RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA / ENCARREGADO/A DE EDUCAÇÃO**

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Contactos telefónicos: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

**3. PERÍODOS DE ATIVIDADES DE TEMPOS LIVRES EM QUE SE INSCREVE**

1ª Semana – 25 a 29 de junho           2ª Semana – 02 a 06 de julho           3ª Semana – 09 a 13 de julho

4ª Semana – 16 a 20 de julho           5ª Semana – 23 a 27 de julho           6ª Semana – 30 julho a 03 agosto

7ª Semana – 06 a 10 agosto

**4. INFORMAÇÕES RELEVANTES**

<b>A Criança:</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Observações:</b>
Tem o Boletim de Vacinas Atualizado			
Possui alguma alergia ou intolerância (se sim especificar nas observações e juntar declaração médica)			
Possui alguma alergia ou intolerância alimentar (se sim especificar nas observações e juntar declaração médica)			
Encontra-se a tomar alguma medicação (se sim especificar nas observações e juntar declaração médica)			
Pode realizar todas as atividades constantes no programa (se não especificar qual/quais, nas observações)			
Sabe nadar			
É portadora de alguma deficiência, incapacidade ou situação que requeira cuidados ou atenção especial por parte da equipa técnica. (se sim especificar qual nas observações)			



## DIVISÃO DE EDUCAÇÃO, CULTURA E ACÇÃO SOCIAL

### SERVIÇO DE EDUCAÇÃO

#### 5. CRITÉRIO DE SELEÇÃO

- Criança Residente no Concelho
- Criança não residente mas estudante no Concelho
- Criança não residente, mas com um dos progenitores a trabalhar no Concelho
- Outros casos

#### 6. INFORMAÇÕES

Pessoas autorizadas a recolher a criança para além do Responsável pela Criança/Contactos de emergência

Nome	Parentesco	Contacto

#### 7. TERMO DE RESPONSABILIDADE

O/A responsável pela criança/jovem assume inteira responsabilidade, nos termos da lei, pela exatidão de todas as declarações constantes deste boletim, e compromete-se a participar qualquer alteração dos dados constantes no presente boletim de inscrição. Falsas declarações implicam, para além do procedimento legal, imediato cancelamento dos subsídios atribuídos e reposição dos já recebidos.

O/A responsável pela criança/jovem declara, ao abrigo do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, que dá o seu consentimento de forma livre, específica e informada, para a recolha e tratamento dos dados acima recolhidos por parte do Município de Sobral de Monte Agraço, sendo os mesmos partilhados com outras entidades sempre que necessário, abrangendo todas as atividades de tratamento, e manutenção de aplicações solicitadas pelo Município, realizadas com a finalidade de inscrever o seu/sua educando/a nos serviços/atividades constantes do presente boletim.

Nos termos do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, é garantido o acesso aos dados, podendo o visado solicitar, por escrito, a sua atualização, correção ou eliminação, sem prejuízo, neste último caso, desses dados se manterem arquivados sempre que tal se justifique.

O/A responsável pela criança/jovem autoriza o Município a tirar fotocópias dos documentos de identificação da criança/jovem e respetivo responsável, necessários para efetivação da presente inscrição.

O/A responsável pela criança/jovem autoriza o Município a fotografar a sua criança/jovem durante as atividades decorrente do Campo de Férias e a utilizar as imagens recolhidas nos meios de divulgação municipal, páginas de internet, boletins municipais ou outros.

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

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do/a Responsável pela Criança)

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

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do/a Responsável pela Criança)

#### DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:

1. Documento de Identificação do/a Responsável pela Criança/Jovem e da Criança/Jovem;
2. Cartão de Contribuinte da Criança/Jovem (caso não apresente o Cartão de Cidadão);
3. Cartão de Utente de Saúde da Criança/Jovem (caso não apresente Cartão de Cidadão);
4. Boletim de vacinas ou declaração do Centro de Saúde a atestar o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação;
5. Carta comprovativa do Escalão de Abono de Família.



**DIVISÃO DE EDUCAÇÃO, CULTURA E  
ACÇÃO SOCIAL**

**SERVIÇO DE EDUCAÇÃO**

**AUTORIZAÇÃO PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
CAMPOS DE FÉRIAS - PROGRAMA “SOBRAL VIVE AS FÉRIAS”**

A administração de *Brufen*, Antibióticos e/ou outros medicamentos no decurso do programa “Sobral Vive as Férias” carece de prescrição médica, sendo obrigatória a entrega de fotocópia da prescrição médica, e indicação escrita do encarregado/a de educação do horário e dosagem das tomas, no serviço de educação ou no local de funcionamento do referido programa.

Nos Campos de Férias só será administrado paracetamol, vulgo *Ben-u-ron*, às crianças que apresentem situações de mal-estar físico, imprevistas, e que ocorram no decurso das referidas atividades, carecendo de autorização do encarregado de educação no presente documento, que será reiterada por meio de contacto telefónico, sempre que possível, na altura da ocorrência.

Todos os medicamentos devem ser entregues devidamente identificados com o nome do aluno e devidamente acondicionados.

O Município não se responsabiliza por omissões de informação sobre este assunto por parte do/a encarregado/a de educação.

Caso a dosagem não esteja devidamente preenchida não serão administrados quaisquer medicamentos.

Autorizo a administração de \_\_\_\_ ml ou \_\_\_\_ mg (**obrigatório o preenchimento da dosagem**) de **paracetamol**, vulgo *Ben-u-ron*, ao/à meu/minha educando caso apresente situações de mal-estar físico.

Não autorizo a administração paracetamol ao/à meu/minha educando/a.

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

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do/a Encarregado/a de Educação)