



FORMULÁRIO DE CANDIDATURA
ENSINO BÁSICO

ANO LETIVO 2018 / 2019

Identificação do Estabelecimento de Ensino Básico: _____

Ano de Escolaridade 1ºano 2º ano 3º ano 4º ano

Nome do(a) Aluno(a): _____ Idade: _____

Data de Nascimento do(a) Aluno(a): ____/____/____ NIF do(a) Aluno(a): _____

morada: _____, código postal: _____

Tem irmãos a frequentar os mesmos serviços? SIM NÃO

Se sim:
Nome do irmão(a): _____

Estabelecimento de Ensino que Frequenta: _____

INSCRIÇÃO NOS SERVIÇOS:	
REFEIÇÕES (Almoços)	<input type="checkbox"/>
SERVIÇO DE COMPONENTE DE APOIO À FAMÍLIA	<input type="checkbox"/>
SERVIÇO DE APOIO COMPLEMENTAR (Período Letivo: antes de 08:45h)	<input type="checkbox"/>
DATA DE INÍCIO NOS SERVIÇOS ____ / ____ / ____	

COMPOSIÇÃO AGREGADO FAMILIAR

Nº	Grau Parentesco	Nome	Profissão / Ocupação	Idade
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Proteção de Dados - Consentimento Informado (utilização de dados pessoais)-RGPD

Autorizo a recolha e tratamento de dados pessoais que se destinam unicamente ao cumprimento das obrigações legais, relacionadas com as inscrições nas Atividades de Tempos Livres, na rede pública do Ensino Básico do concelho da Batalha, comprometendo-se a Iserbatalha, E.M. a guardar o seu sigílio. _____

Contacto telefónico do Encarregado de Educação: _____

Pretende receber a fatura/ recibo através de e-mail? SIM NÃO

E-Mail _____

Documentos de Entrega Obrigatória:	
IRS 2017 completo	<input type="checkbox"/>
Nota Liquidação IRS 2017	<input type="checkbox"/>
Outros Documentos Comprovativos de Fontes de Rendimento.	<input type="checkbox"/>
Quais: _____	
Prova de Residência: Recibo Renda, Luz, Telefone ou Água	<input type="checkbox"/>
Declaração Escalão Abono (Escalão 1 ou 2)	<input type="checkbox"/>
Prova de Pensão de Alimentos Decretada pelo Tribunal	<input type="checkbox"/>
Prova de Despesas de Habitação e Saúde por Elemento do Agregado Familiar (anexo H ou documento extraído do e-fatura)	<input type="checkbox"/>

Assinatura do Encarregado de Educação(cf. CC)	Recebemos os documentos mencionados: Pela Iserbatalha, EM
_____	_____
Data: ____ / ____ / 20 ____	Rúbrica do(a) Responsável / Animadora

DESPACHO SUPERIOR:	
Assinatura: _____	Data ____ / ____ / 20 ____

ATENÇÃO:

Os dados fornecidos são confidenciais e destinam-se exclusivamente ao uso dos serviços da Iserbatalha, E.M., não podendo ser fornecidos a outras entidades.

Falsas declarações implicam, para além de procedimento legal, o imediato cancelamento da inscrição e a eventual reposição de quaisquer subsídios ou outros apoios concedidos pela Iserbatalha, E.M. e/ou do Município da Batalha.