

FORMULÁRIO DE CANDIDATURA

JARDIM DE INFÂNCIA

ANO LETIVO 2018 / 2019

Identificação do Estabelecimento de Jardim de Infância: _____

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)-RGDP

Autorizo a recolha e tratamento de dados pessoais que se destinam unicamente ao cumprimento das obrigações legais, relacionadas com as inscrições nos Prolongamentos de Horário, na rede pública de Jardins de Infância do concelho da Batalha, comprometendo-se a Iserbatalha, E.M. a guardar o seu sigílo. _____

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 Comprobativos de Fontes de Rendimento.	<input type="checkbox"/>
Quais: _____	<input type="checkbox"/>
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.