



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

**SERVIÇO DE EDUCAÇÃO**

**CAMPO DE FÉRIAS – SOBRAL VIVE AS FÉRIAS**

<b>A preencher pelos serviços do Município</b>	N.º Inscrição: _____/2024
Processo completo (todos os documentos obrigatórios entregues) <input type="checkbox"/> ____/____/2024	Data de Entrada: ____/____/2024
Inscrição Paga <input type="checkbox"/> ____/____/2024      Valor pago: _____ €	Rubrica: _____ (A preencher pelos serviços do Município)

**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: \_\_\_\_\_ N.º de Cartão de Cidadão: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**Selecionar no máximo duas semanas**

1ª Semana – 01 a 05 de julho       2ª Semana – 08 a 12 de julho       3ª Semana – 15 a 19 de julho

4ª Semana – 22 a 26 de julho       5ª Semana – 29 de julho a 02 de agosto       6ª Semana – 05 a 09 de agosto

**4. EM CASO DE EXISTÊNCIA DE VAGAS, INDICAR OS PERÍODOS DE ATIVIDADES DE TEMPOS LIVRES POR ORDEM DE PREFERÊNCIA (esta confirmação só irá ocorrer após o término do período de inscrições):**

1ª Semana – 01 a 05 de julho       2ª Semana – 08 a 12 de julho       3ª Semana – 15 a 19 de julho

4ª Semana – 22 a 26 de julho       5ª Semana – 29 de julho a 02 de agosto       6ª Semana – 05 a 09 de agosto

**5. INFORMAÇÕES RELEVANTES:**

<b>A Criança/Jovem:</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)			
Autorizo a criança/jovem a sair sozinha no final das atividades			



SOBRAL de MONTE AGRAÇO  
município

## DIVISÃO DE EDUCAÇÃO, CULTURA E ACÇÃO SOCIAL

### UNIDADE DE EDUCAÇÃO E ACÇÃO SOCIAL

#### 6. INFORMAÇÕES

Pessoas autorizadas a recolher a criança/jovem para além do responsável pela criança/jovem contactos de emergência

Nome	Parentesco	Contacto

#### 7. TERMO DE RESPONSABILIDADE

O/A Encarregado/a de Educação 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.

Tomei conhecimento que o Campo de Férias só irá funcionar se estiverem reunidas as condições mínimas necessárias ao seu funcionamento, nomeadamente, número mínimo de crianças e evolução da atual situação epidemiológica.

O/A Encarregado/a de Educação 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 Encarregado/a de Educação toma conhecimento que o Município irá proceder à captura de imagem e vídeo das atividades desenvolvidas durante os Campos de Férias para arquivo e utilização nos meios de divulgação municipal, páginas de internet, boletins municipais ou outros.

O/A Encarregado/a de Educação toma conhecimento e aceita que a frequência do Campo de Férias obriga ao seguinte pagamento de comparticipação familiar (de acordo com a declaração comprovativa de escalão de abono de Família) - Valor por Turno (semana):

Escalão	Valor por semana (comparticipação familiar)
1º	10,00€
2º	20,00€
3º	35,00€
Máximo	45,00€

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2024

\_\_\_\_\_  
Assinatura dos pais e/ou Encarregado/a de Educação

#### DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:

**1. Declaração comprovativa do Escalão de Abono de Família.**

**2. Documento de Identificação da criança e do/a Encarregado/a de Educação**

- Cartão de Contribuinte da criança e do/a Encarregado/a de Educação (caso não apresente Cartão de Cidadão)  
 Em caso de Dieta Específica – Declaração Médica atualizada.



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

**UNIDADE DE EDUCAÇÃO E ACÇÃO SOCIAL**

**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, na Unidade de Educação e Ação Social do Município 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)