



Interrupção Letiva Fim do 1º Semestre

Nome da Criança/Jovem: _____

PERÍODO	VALOR	PAGAR
Seguro para o ano letivo 2025/2026	20€	
<u>Atividades nos dias:</u> 28, 29 e 30 janeiro 2026 02 e 03 fevereiro 2026	12,50€	

Data-limite para efetuar a inscrição até ao dia 09 de janeiro 2026

Inscrição sujeita a um limite de vagas



GAIA aprende+
INTERRUPÇÕES LETIVAS E FÉRIAS

2025/26

- ENTRE AS 08:30 E AS 17:00
- LOCAL DE INSCRIÇÃO: CERCIGAIA
☎ 227 819 268 (chamada rede fixa nacional)
@ cercigaia.dir@cercigaia.org.pt
- ACRESCE À COMPARTICIPAÇÃO O VALOR DE €20,00 PARA O SEGURO ANUAL
- VALOR DA COMPARTICIPAÇÃO INCLUI O ALMOÇO,
- INSCRIÇÕES SUJEITAS A UM LIMITE DE PARTICIPAÇÕES



Preencher, por favor, todos os campos da ficha de inscrição

Caso não exista nenhuma alteração relativa à informação enviada nas interrupções letivas anteriores referentes ao ano letivo 2025/2026, preencher apenas a primeira e a última folha.

NIB: 0045 1372 4021 5919 270 57 – CRÉDITO AGRÍCOLA

Rua Escola de S. Paio, 211. 4400-442 Vila Nova de Gaia ** 22 781 92 68 ** cercigaia.dir@cercigaia.org.pt



Ficha de Inscrição

1. Identificação do Aluno

Nome: _____

Nome pelo qual é habitualmente tratado: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Morada: _____

Código postal: ____/____ Freguesia: _____

CC/BI: _____ NISS: _____ NIF: _____

Nº Utente: _____, Centro de Saúde de _____

2. Dados do Agregado Familiar

Nome do Pai: _____

Profissão: _____ Contatos: _____

Nome da Mãe: _____

Profissão: _____ Contatos: _____

3. Identificação do Encarregado de Educação/ Cuidador Legal

Nome: _____ Parentesco: _____

Morada: _____

Código postal: ____/____ Freguesia: _____ Tel. ____/____

Ocupação: _____ E-mail: _____

4. Contexto Educativo

Tem acompanhamento do CRI (Centro de Recursos para a Inclusão) ou da ELI (Equipa Local de Intervenção Precoce)

Sim ☐ Não ☐ Qual ? _____

Escola que frequenta: _____ Ano: _____

Outros Serviços que usufrui (Médicos, Terapêuticos, Socais):

Médico ☐ Indique qual? _____

Terapêutico ☐ Indique qual? _____

Apoio Social ☐ Indique qual? _____



5. Condições específicas de Saúde:

Epilepsia ☐ No caso da **Epilepsia**, indique:

Toma diariamente medicação ☐ Tem um SOS no caso de crise ☐ Qual? _____

Indique o procedimento a adotar numa situação de crise

Déficé visual ☐

Déficé auditivo ☐

Doença respiratória ☐

Alergias ☐ Indique o tipo de alergia _____

No caso de existir um **diagnóstico**, indique qual?

MEDICAÇÃO

Toma medicação: Sim ☐ Não ☐

Identificação do(s) medicamento(s) a tomar no período de frequência das atividades (8h30 às 17h00):

Nome do Medicamento	Hora e dosagem			Observações (Habitualmente como toma a medicação: na água, no iogurte, na sopa, triturada...)
	Lanche manhã	Almoço	Lanche da tarde	



6. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DO ALUNO

ALIMENTAÇÃO

Tem alergias ou intolerância alimentar: Sim ☐ Não ☐

Se sim. Quais? _____

Como ingere os alimentos:

Via oral ☐ Sonda Nasal ☐ Sonda Gástrica ☐

Observações: _____

Consistência dos alimentos

Líquido ☐ Pastoso ☐ Sólido ☐ Uso de Espessante ☐ Quantidade? _____

Tem dificuldade com algum alimento? Sim ☐ Não ☐

Se sim. Qual? _____

Observações: _____

Reações durante a alimentação

Engasgos ☐ Tosse ☐ Guarda os alimentos na boca ☐ Deita fora os alimentos (cospe) ☐

Observações: _____

Ingestão de líquidos (beber)

Copo ☐ Palhinha ☐ Colher ☐ Uso de Espessante ☐ Quantidade? _____

Outro: _____

Tipo de apoio na alimentação

Autónomo ☐ Com ajuda física do adulto ☐ Com supervisão do adulto ☐

Observação: _____

Utiliza algum produto de apoio na alimentação

Prato adaptado ☐ Copo adaptado ☐ Talher adaptado ☐ Cadeira de alimentação ☐

Outro: _____

HIGIENE PESSOAL

Tipo de apoio na Higiene

Autónomo ☐ Com ajuda física do adulto ☐ Com supervisão do adulto ☐

Observação: _____

Controlo de Esfíncteres

Adquirido ☐ Precisa que o lembrem para ir à casa de banho ☐ Usa fralda ☐

Tem alguma rotina específica? Sim? Qual: _____

Utiliza algum produto de apoio na Higiene

Assento de sanita ☐ Cadeira sanitária ☐ Urinol ☐ Barra de apoio ☐

Outro: _____



MOBILIDADE

Tipo de apoio na Mobilidade

Autónomo ☐ Com ajuda física do adulto ☐ Com supervisão do adulto ☐

Utiliza algum produto de apoio para a Mobilidade

Cadeira de rodas ☐ Cadeira de transporte ☐

Andarilho ☐ Talas dos membros inferiores ☐

Outro _____

COMUNICAÇÃO

Como Comunica o seu filho (a)

Fala /oral ☐ Usa símbolos/imagens ☐ Usa gestos ☐

Usa uma tecnologia de apoio. Qual? _____

OCUPAÇÃO DE TEMPOS LIVRES

O que gosta de fazer/ Atividades preferidas:

Outra Informação que ache relevante dar a conhecer do seu filho (a).

7. RECURSOS

Necessita de Transporte

Sim ☐

Não ☐

Tipo de carrinha: Adaptada ☐ Não adaptada ☐



Precisa de algum produto de apoio para o transporte

Sim ☐

Não ☐

Cadeira com costas ☐ Cadeira sem costas ☐ Assento moldável ☐

Outro: _____

Percurso _____

Nº de Viagens: _____

Morada de casa para Escola/Polo: _____

Morada da Escola/Polo para casa: _____



☐ **Autorizo** o tratamento dos dados pessoais do meu educando _____
constantes no presente documento, para efeitos de inscrição no programa de ocupação de tempos Livres,
faturação e contatos com o/a responsável.

☐ Não Autorizo (**caso não autorize, não poderá beneficiar do programa, atenta a inexistência de informações
essenciais**).

Data da inscrição: ____/____/____, Hora ____h____

(Assinatura Encarregado de Educação)