



Interrupção Letiva Fim do 1º Semestre

Nome da Criança/Jovem: _____

PERÍODO	VALOR	PAGAR
Seguro para o ano letivo 2025/2026	20€	
Atividades nos dias: 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

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 AGRICOLA

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, Sociais):

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

Défice visual

Défice 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: _____

NIB: 0045 1372 4021 5919 270 57 – CRÉDITO AGRICOLA

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



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: _____

Percorso _____

Nº de Viagens: _____

Morada de casa para Escola/Polo: _____

Morada da Escola/Polo para casa: _____

NIB: 0045 1372 4021 5919 270 57 – CRÉDITO AGRICOLA

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



- 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)

NIB: 0045 1372 4021 5919 270 57 – CRÉDITO AGRICOLA

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