



Interrupção Letiva Verão 2024

Nome do aluno: _____

GAIA aprende+ INTERRUPTÕES LETIVAS 2023/24

- ENTRE AS 08:30 E AS 17:00
- LOCAL DE INSCRIÇÃO: CERCIGAIA
☎ 227 819 268
 @ CERCIGAIA.DIR@CERCIGAIA.ORG.PT
- ACRESCE À COMPARTICIPAÇÃO O VALOR DE €20,00 PARA O SEGURO ANUAL
- VALOR DA COMPARTICIPAÇÃO INCLUI O ALMOÇO MAS NÃO INCLUI O LANCHE DA MANHÃ NEM DA TARDE
- INSCRIÇÕES SUJEITAS A UM LIMITE DE PARTICIPAÇÕES

| PERÍODO | VALOR | |
|--|--|--|
| Seguro ano letivo 2023/2024 | 10€ (caso seja a primeira vez que frequenta no ano letivo 2023/2024) | |
| Se quiser marcar por semana | | |
| 1 a 5 julho | 12,50€ | |
| 8 a 12 julho | 12,50€ | |
| 15 a 19 julho | 12,50€ | |
| 22 a 26 julho | 12,50€ | |
| 29 julho a 2 agosto | 12,50€ | |
| 4 a 9 agosto | 12,50€ | |
| 12 a 14 agosto (dia 16 estamos encerrados) | 7,50€ | |
| 19 a 23 agosto | 12,50€ | |
| 26 a 30 agosto | 12,50€ | |
| Se quiser marcar o período completo | | |
| 1 de julho a 30 de agosto | 107,50€ | |

Este período de interrupção letiva vai funcionar em dois Polos de acordo com o ano de escolaridade:

- Alunos do pré-escolar e 1º ciclo – EB Fernando Guedes
- Alunos do 2º, 3º ciclo e secundário – EB2,3 de Valadares

Data limite para realização de inscrições até ao dia 31 de maio 2024

Caso não haja nenhuma alteração à informação descrita na interrupção letiva anterior, por favor, preencha apenas a primeira e última página.



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. Identificação do Encarregado de Educação

Nome: _____ Parentesco: _____

Morada: _____

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

Ocupação: _____ E-mail: _____

3. DADOS DO ALUNO

Nome do Pai: _____

Profissão: _____ Contatos: _____

Nome da Mãe: _____

Profissão: _____ Contatos: _____

Tem acompanhamento do CRI (Centro de Recursos para a Inclusão)

Sim Não Qual _____

Escola que frequenta: _____ **Ano:** -----

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



Condições específicas de Saúde:

Epilepsia Défice visual Défice auditivo Doença respiratória

Alergias Indique o tipo de alergia _____

Outro. Qual? _____

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

4. 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: _____

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 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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).

5. RECURSOS

Necessita de Transporte

Sim **Tipo de carrinha:** Adaptada Não adaptada
Não

Precisa de algum produto de apoio para o transporte

Sim Cadeira com costas Cadeira sem costas Assento moldável
Outro: _____
Não

Percurso

Nº de Viagens: _____

Morada de casa para EB Fernando Guedes: _____

Morada de EB Fernando Guedes 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)