



Interrupção Letiva Verão 2025

Nome do aluno: _____



PERÍODO	VALOR	
Seguro ano letivo 2024/2025	20€ (caso seja a primeira vez que frequenta no ano letivo 2024/2025)	
Por semana		
30 junho a 4 julho	12,50€	
7 a 11 julho	12,50€	
14 a 18 julho	12,50€	
21 a 25 julho	12,50€	
28 julho a 1 agosto	12,50€	
4 a 8 agosto	12,50€	
11 a 14 agosto	12,50€	
18 a 22 agosto	12,50€	
25 a 29 agosto	12,50€	
Período completo		
30 de junho a 29 de agosto	112,50€	

A interrupção letiva vai funcionar nos Polos

- EB 2,3 de Santa Marinha – Pré-escolar e 1º ciclo
- EB2,3 de Valadares – 2ª, 3ª ciclo e Secundário

Data, limite para realização de inscrições - 30 de maio 2025

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

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. 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 a Escola: _____

Morada da Escola 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)