



MUNICÍPIO DA FIGUEIRA DA FOZ – CÂMARA MUNICIPAL
-COMPONENTE DE APOIO À FAMÍLIA (CAF) – 1º CEB
FICHA DE INSCRIÇÃO CAF – ANO LETIVO 2024/2025

1ª INSCRIÇÃO

RENOVAÇÃO

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|
| AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE _____ 1º CEB DE _____ ANO / TURMA _____ | | | | | |
| ALUNO/A | Nome completo _____ | | | | |
| | Data de Nascimento: ____/____/____ Nº Cartão Cidadão ou Passaporte _____ NIF _____ | | | | |
| | Morada Completa: _____ | | | | |
| | Localidade _____ Código Postal _____ - _____ | | | | |
| ENCARREGADO/A DE EDUCAÇÃO | Nome completo _____ | | | | |
| | Parentesco _____ Nº Cartão Cidadão _____ Validade ____/____/____ NIF _____ | | | | |
| | Morada completa _____ | | | | |
| | Localidade _____ Código Postal _____ - _____ Contacto Telefónico _____ Contacto de e-mail (LETRA MAIÚSCULA) _____ | | | | |
| Escala de Abono de Família: Escalão 1 <input type="checkbox"/> Escalão 2 <input type="checkbox"/> Escalão ≥3 ou sem escalão <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Períodos em que pretende o serviço de CAF | FREQUÊNCIA | MODALIDADE | | SERVIÇO REFEIÇÕES | |
| | DESDE | TEMPO PARCIAL (SÓ DE MANHÃ OU SÓ DE TARDE) | TEMPO INTEIRO (DE MANHÃ E DE TARDE) | PRETENDE SERVIÇO DE REFEIÇÕES NO PERÍODO LETIVO | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> |
| | / / | | | O SEU EDUCANDO TEM ALGUMA RESTRIÇÃO OU ALERGIA ALIMENTAR? * | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> |
| INTERRUPÇÃO LETIVA | APENAS DURANTE A 1ª QUINZENA DE SETEMBRO 2024 | NOTA: NAS PAUSAS DE NATAL, CARNAVAL, PÁSCOA E MÊS JULHO É FEITO UM LEVANTAMENTO, NOS RESPECTIVOS ESTABELECIMENTOS ESCOLARES, PARA AFERIR A NECESSIDADE DA FREQUENCIA DO/A SEU/SUA EDUCANDO/A NA CAF | | PRETENDE SERVIÇO DE REFEIÇÕES NO PERÍODO NÃO LETIVO | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> |
| | DESDE: ____ / 09 /2024 ATÉ: ____ / 09 /2024 | | | | |
| Autorizo o envio da fatura via eletrónica Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> | | E-MAIL: _____ | | | |
| HORÁRIO PRETENDIDO (Preenchimento Obrigatório) | | VALOR DA MENSALIDADE | | | |
| Período da Manhã: (antes da componente letiva) | Período da Tarde: (depois da componente letiva) | Frequência | TEMPO INTEIRO Manhã e Tarde | TEMPO PARCIAL Só Manhã ou Só Tarde | |
| Indicar Horário PRETENDIDO | Indicar Horário PRETENDIDO | Aluno/a posicionado no Escalão 1 | 10,00€ | 5,00€ | |
| Desde: ____H ____ | Até: ____H ____ | Aluno/a posicionado no Escalão 2 | 20,00€ | 10,00€ | |
| | | Aluno/a posicionado no Escalão 3 > | 50,00€ | 25,00€ | |
| DECLARAÇÃO -O/A abaixo-assinado declara, sob compromisso de honra, que as declarações acima prestadas bem como os documentos apresentados em anexo correspondem à verdade. | | | | | |
| Mais se compromete, em caso de desistência da frequência da Componente de Apoio à Família (CAF), a avisar respetivamente, com o mínimo de 5 DIAS ÚTEIS DE ANTECEDÊNCIA ao dia pretendido, salvo situações excecionais devidamente justificadas, de acordo com o estabelecido no <i>Normas Orientadoras da Organização e Funcionamento da Componente de Apoio à Família (CAF) para os Alunos do 1.º CEB</i> , acessível na página da internet da Câmara Municipal da Figueira da Foz, através do link, https://www.cm-figfoz.pt/pages/853 | | | | | |
| O/A abaixo-assinado toma conhecimento de que A PRESENTE FICHA DE INSCRIÇÃO SÓ SERÁ VALIDADA PELA CMFF CASO OS PAGAMENTOS RELATIVOS AOS ANOS LETIVOS ANTERIORES ESTEJAM DEVIDAMENTE REGULARIZADOS , até à data da presente inscrição. | | | | | |
| Assinatura do/a declarante: _____ | | | | Data ____/____/____ | |
| Recebido em ____/____/____ | O SERVIÇO | | | | |



MUNICÍPIO DA FIGUEIRA DA FOZ – CÂMARA MUNICIPAL
COMPONENTE DE APOIO À FAMÍLIA (CAF) – 1º CEB

(Destacável para o Encarregado de Educação)

1ª INSCRIÇÃO

RENOVAÇÃO

FICHA DE INSCRIÇÃO CAF– ANO LETIVO 2024/2025

| | | | | | |
|---|-------------------|---|---|--|---|
| AGRUP. ESCOLAS DE _____ 1º CEB DE _____ ANO / TURMA _____ | | | | | |
| Nome do/a aluno/a _____ Nome do/a EE _____ | | | | | |
| Períodos em que pretende o serviço de CAF | FREQUÊNCIA | COMPONENTE LETIVA (preencha com uma x) | INTERRUPÇÕES LETIVAS (definido por despacho do ME) | | |
| | Desde | TEMPO PARCIAL (SÓ MANHÃ OU SÓ TARDE) | APENAS DURANTE A 1ª quinzena de Setembro 2024 | NOTA: NAS PAUSAS DE NATAL; CARNAVAL, PÁSCOA E MÊS JULHO É FEITO UM LEVANTAMENTO, NOS RESPECTIVOS ESTABELECIMENTOS ESCOLARES, PARA AFERIR A NECESSIDADE DA FREQUENCIA DO/A SEU/SUA EDUCANDO/A NA CAF | PRETENDE SERVIÇO DE REFEIÇÕES NA /S INTERRUPÇÃO/ÕES LETIVA/S |
| | / / | TEMPO INTEIRO (MANHÃ E TARDE) | Desde: ____/09/2024 Até: ____/09/2024 | | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> |

Recebido em ____/____/____

O SERVIÇO:

FICHA DE INSCRIÇÃO CAF | ANO LETIVO 2024/2025

Termo de responsabilidade

O encarregado de educação assume inteira responsabilidade, nos termos da lei, pela exatidão de todas as declarações constantes neste formulário e que a prestação de falsas declarações é punível nos termos da lei e implica, para além do inerente procedimento legal, o cancelamento imediato dos auxílios económicos atribuídos, bem como a reposição dos já recebidos.

Assume, igualmente, que tomou conhecimento das **Normas Orientadoras da Organização e Funcionamento da Componente de Apoio à Família para alunos do 1º Ciclo de Ensino Básico e disponível no sítio oficial do Município de Figueira da Foz** através do link <https://www.cm-figfoz.pt/pages/853>

Compromete-se, em caso de desistência da frequência da Componente de Apoio à Família (CAF), a avisar respetivamente, com o mínimo de 5 DIAS ÚTEIS DE ANTECEDÊNCIA ao dia pretendido, salvo situações excecionais devidamente justificadas.

*** Mais declara que, tem conhecimento que, nos casos de alergia e intolerância alimentar do seu educando deverá entregar declaração médica comprovativa da qual conste inequivocamente a indicação da alergia e/ou restrições alimentares, comprometendo-se, em caso de alteração da situação, a entregar de imediato o respetivo documento comprovativo.**

Regulamento Geral de Proteção de Dados – Dever de Informação

1. O tratamento dos dados constantes do presente formulário respeitará a legislação em vigor em matéria de proteção de dados pessoais e será realizado com base seguintes condições:

- **Responsável pelo tratamento** - Município de Figueira da Foz, através do Serviço municipal com competência para analisar ou intervir no pedido, de acordo com a orgânica municipal em vigor
- **Finalidade do tratamento** – Os dados recolhidos no presente formulário serão tratados para dar resposta aos seus pedidos, proceder à instrução dos seus processos, e/ou à prestação do serviço a que se destinam. As finalidades específicas incluem: gestão e controlo do usufruto do serviço, para fins de faturação e envio de comunicações e informações a ele associadas.
- **Legitimidade do Tratamento** – o tratamento dos dados fornecidos encontra-se legitimado pelas seguintes fontes de licitude: (i) resposta ao pedido apresentado, (ii) prestação do serviço solicitado, (iii) cumprimento de obrigações legais e regulamentares (iv) nos casos em que o consentimento seja a fonte de licitude para o tratamento, no consentimento prestado pelo titular dos dados.
- **Transferências de Dados** – quando for necessário para dar seguimento à finalidade do tratamento dos dados, estes poderão ser comunicados às seguintes entidades: (i) prestadores de serviços que prestem serviços ao Município, (ii) autoridades públicas. Para efeitos do usufruto dos serviços serão disponibilizados às empresas prestadoras dos serviços dados pessoais, concretamente: nome do aluno e eventual restrição alimentar
- **Conservação dos dados pessoais** – O Município apenas conserva e trata os seus dados pessoais para os fins acima indicados durante o período de tempo que se revele necessário ou obrigatório para o cumprimento desses fins, aplicando critérios de retenção da informação apropriados a cada tratamento e em linha com as obrigações legais e regulamentares aplicáveis

2. O Município de Figueira da Foz garante aos titulares dos dados todos os direitos conferidos por Lei, nomeadamente direito à transparência, direito à informação, direito de acesso, direito de retificação, direito ao esquecimento, direito de oposição ao tratamento, direito de apresentar reclamações junto da autoridade de controlo, direito a retirar o seu consentimento e direito de não ficar sujeito a decisões individuais exclusivamente automatizadas.

3. Os direitos mencionados no número anterior poderão ser exercidos a qualquer momento pelo seu titular, remetendo o seu pedido por escrito para Município de Figueira da Foz, com sede na Av. Saraiva de Carvalho s/n, 3084-501 Figueira da Foz, ou através de correio eletrónico para o endereço dpo@cm-figfoz.pt

4. Para mais informações sobre as práticas de privacidade do Município de Figueira da Foz consulte o site www.cm-figfoz.pt ou envie um e-mail para dpo@cm-figfoz.pt

Consentimentos

O encarregado de educação:

SIM NÃO - Autoriza o tratamento dos dados de identificação e de saúde do menor presentes nesta ficha de inscrição para efeitos do Serviço de Apoio à Família-Componente de Apoio à Família (CAF);

SIM NÃO - Autoriza que o Município da Figueira da Foz envie mensagens de alertas para pagamento dos serviços prestados para os contactos telefónico e de correio eletrónico disponibilizados na presente inscrição;

SIM NÃO - Autoriza que o Município da Figueira da Foz utilize os dados para futuras divulgações do Serviço de Educação;

SIM NÃO - Autoriza que o Município de Figueira da Foz comunique a identificação do seu educando às empresas prestadoras dos serviços em apreço, para efeitos de verificação da respetiva assiduidade e dos procedimentos a ele associados.

Figueira da Foz, _____ de _____ de 2024 Assinatura: _____