



FICHA DE INSCRIÇÃO – ANO LETIVO 2020/2021

AGRUP. ESCOLAS DE _____ JARDIM DE INFÂNCIA DE _____ SALA _____

CRIANÇA	Nome completo _____
	NIF _____ Cartão de Cidadão _____ Data Nasc. ____/____/____
	Morada completa _____
	Localidade _____ Código Postal _____ - _____

ENCARREGADO/A DE EDUCAÇÃO	Nome completo _____
	NIF _____ BI / Cartão de Cidadão _____ Parentesco _____
	Morada completa _____
	Localidade _____ Código Postal _____ - _____
	Contacto telefónico _____ Contacto de e-mail _____

COMPONENTE DE APOIO À FAMÍLIA – SERVIÇO DE REFEIÇÕES						Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Dias em que pretende o serviço		Desde ____/____/____	Necessidade comprovada de dieta / refeições individualizadas Apresentação OBRIGATÓRIA de relatório médico <input type="checkbox"/>				Observações		
2ª	3ª		4ª	5ª	6ª				
Escalão de Abono de Família		Escalão 1	<input type="checkbox"/>	Escalão 2	<input type="checkbox"/>	Escalão 3 ou sem escalão		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprovativo de Escalão de Abono de Família, para efeitos de auxílio económico no Serviço de Refeições									

COMPONENTE DE APOIO À FAMÍLIA – PROLONGAMENTO DE HORÁRIO								Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Períodos em que pretende o serviço	Período com componente educativa		Períodos sem componente educativa * (a definir por despacho do MEC)								
	Sim / Não	Desde ____/____/____	1ª quinzena de setembro *	Natal	Carnaval	Páscoa	Julho *				

CONSTITUIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR QUE COABITA COM A CRIANÇA
(Conjunto de pessoas ligadas entre si por vínculo de parentesco, casamento ou outras situações assimiláveis, desde que vivam em economia comum.)

Parentesco	Nome completo	Profissão	Desempregado (Sim / Não)

(continua no verso)

X-----



FICHA DE INSCRIÇÃO – ANO LETIVO 2020/2021

AGRUP. ESCOLAS DE _____ JARDIM DE INFÂNCIA DE _____ SALA _____

Nome completo da criança _____
Nome do/a encarregado/a de educação _____

COMPONENTE DE APOIO À FAMÍLIA – SERVIÇO DE REFEIÇÕES						Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Dias em que pretende o serviço		Desde ____/____/____	Observações (necessidade comprovada de dieta / refeições individualizadas)						
2ª	3ª		4ª	5ª	6ª				

COMPONENTE DE APOIO À FAMÍLIA – PROLONGAMENTO DE HORÁRIO								Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Períodos em que pretende o serviço	Período com componente educativa		Períodos sem componente educativa * (a definir por despacho do MEC)								
	Sim / Não	Desde ____/____/____	1ª quinz. setembro *	Natal	Carnaval	Páscoa	Julho *				

(continua no verso)

COMPONENTE DE APOIO À FAMÍLIA – PROLONGAMENTO DE HORÁRIO (cont.)

RENDIMENTO ILÍQUIDO

Declaração de IRS – 2019 e respetiva Nota de Liquidação

Quando não seja aplicável a apresentação de Declaração de IRS, deverá apresentar documentos comprovativos de **todos** os rendimentos anualmente auferidos, a qualquer título por cada um dos elementos do agregado familiar, nomeadamente:

Recibo de Vencimento atualizado

Declaração do valor de Subsídio de Desemprego

Declaração do valor do Rendimento Social de Inserção

Pensões

Outros _____

DESPESAS FIXAS ANUAIS

Recibo de Renda / Comprovativo de Empréstimo*

Comprovativo de doença crónica*

Declaração de valor mensal de medicamentos*

Comprovativo de encargos médios mensais com transportes públicos *

* *Se Aplicável*

A não apresentação injustificada dos documentos acima mencionados implica a impossibilidade de cálculo da comparticipação pela Câmara Municipal da Figueira da Foz, ficando o utente sujeito ao **pagamento integral do custo da refeição e do prolongamento de horário**.

A prova de rendimentos declarados será feita mediante a apresentação de documentos comprovativos dos rendimentos auferidos no ano anterior adequados e credíveis, designadamente de natureza fiscal. (Art.º 9.º do Despacho conjunto nº 300/97, de 9 de Setembro)

Prescindindo da apresentação de qualquer documento comprovativo para efeitos de comparticipação

Autorizo o envio da fatura via eletrónica Não Sim **E-mail** _____

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 do Serviço de Refeições e/ou Prolongamento de Horário, a avisar com 2 ou 5 DIAS ÚTEIS DE ANTECEDÊNCIA, respetivamente, **salvo situações excecionais devidamente justificadas, de acordo com o estabelecido no Regulamento Municipal de Serviços de Apoio à Família – Refeições Escolares e AAAF/Prolongamento de Horário nos Jardins-de-Infância da Rede Pública do Município da Figueira da Foz, acessível na página da internet da Câmara Municipal da Figueira da Foz, através do link, <https://www.cm-figfoz.pt/pages/852>**

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 func. CMFF _____

SITUAÇÃO DA INSCRIÇÃO **Definitiva** ____/____/____

Condicionada Por falta de documentos: _____

SITUAÇÃO DA INSCRIÇÃO **Definitiva** ____/____/____

Condicionada Por falta de documentos:

Comprovativos de Rendimentos Ilíquidos

Declaração de IRS

Declaração de Subsídio de Desemprego

Declaração de Pensões

Comprovativos de Despesas Fixas Anuais

Comprovativo de Renda ou Empréstimo

Decl. encargos mensais com medicamentos

Declaração de Abono de Família

Recibo de vencimento atualizado

Declaração de RSI

Comprovativo de Doença Crónica

Por falta de regularização de pagamentos (conforme mapa em anexo)