Ex.mo. Senhor
Presidente da Câmara Municipal
de Paços de Ferreira

Câmara Municipal
Paços de Ferreira

AÇÃO SOCIAL ESCOLAR NA EDUCAÇÃO 1.º CICLO

Nova Inscrição		Renovação		Transferência	

Nº. DE CONTRIBUINTE _____

NOME (Enc. Educação): _____

MORADA _____ N.º POLÍCIA _____

CÓDIGO POSTAL _____ - _____ _____ **CONCELHO** _____

TELEFONES _____ / _____ / _____

DATA DE NASCIMENTO _____ **E-MAIL** _____

ESTADO CIVIL _____ **PROFISSÃO** _____

B.I. / C.C. NÚMERO _____ **DATA VALIDADE** _____ **ARQUIVO DE IDENTIFICAÇÃO** _____

Objecto do Requerimento

Vem, pelo presente, solicitar a aceitação do pedido de atribuição de Ação Social Escolar para o ano letivo de 201__/201__

Nome do Aluno: _____

N.º Contribuinte: _____ N.º Utente de Saúde: _____

Escola: _____

Ano escolar que vai frequentar: 1.º ☐ 2.º ☐ 3.º ☐ 4.º ☐

Escola que frequentou no Ano Letivo Anterior: _____

PRÓXIMO ANO LETIVO

Escalão do Abono de Família de acordo com declaração emitida pela Segurança Social:

1 ☐ 2 ☐ 3 ou mais ☐

Serviço de Almoço:

Sim ☐ Não ☐ Dieta ou regime alimentar: Sim ☐ Não ☐

AO APRESENTAR ESTE REQUERIMENTO É OBRIGATÓRIO:

- **Apresentação do BI e Cartão de Contribuinte (ou Cartão do Cidadão) do Aluno e Encarregado de Educação;**
- **Fotocópia da declaração de certificação de escalão do Abono de Família emitida pela Segurança Social;**
- **Em caso de dieta alimentar: Declaração médica comprovativa**

PEDE DEFERIMENTO, **O DECLARANTE,**

AOS_____/_____/_____ _____

Comprovativo da entrega do Requerimento para Concessão de Ação Social Escolar 1.º Ciclo

ASE ☐ **Almoço** ☐ **Ano Letivo 201__/201__**

Aluno: _____ Ano: _____

Escola: _____ Data: _____/_____/_____

O Técnico da Câmara Municipal: _____

Notas: 1) As comunicações aos Pais e/ou Encarregados de Educação serão feitas através de correio eletrónico ou por via postal, na ausência do primeiro.

2) Sempre que ocorrerem alterações na situação socioeconómica da família, deverá solicitar a reavaliação do escalão de abono de família junto da Segurança Social e comunicar aos serviços de Educação para efeitos de reposicionamento no escalão de Ação Social Escolar.

INFORMAÇÃO TÉCNICA	INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS	DESPACHO
PREENCHER PELOS SERVIÇOS	PREENCHER PELOS SERVIÇOS	PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Câmara Municipal
Paços de Ferreira

DECLARAÇÃO **

Eu (nome do enc. educação) _____, portador do documento de identificação pessoal n.º _____, válido até _____/_____/_____, encarregado de educação do aluno/criança (nome) _____, a frequentar o ensino pré-escolar/ 1.º ciclo do ensino básico (riscar o que não interessa), do estabelecimento de ensino _____ DECLARO AUTORIZAR que o auxílio económico atribuído pelo Município de Paços de Ferreira, a favor do aluno/ criança supra referido, como comparticipação nas refeições servidas no refeitório escolar, seja transferido para (assinalar apenas o que interessa):

☐ o IBAN **PT50 0036 0162 99100070125 42**, do Banco MONTEPIO, em nome de **ASSOCIAÇÃO PAÇOS 2000.**

☐ o IBAN **PT50000705400001884000131**, do Banco NOVO BANCO, em nome de **CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE RAIMONDA.**

☐ o IBAN **PT50.0036.0162.99100025780.90**, do Banco MONTEPIO, em nome de **CSPFA-CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE FRAZÃO-ARREIGADA.**

☐ o IBAN **PT50.0036.0162.9910.0025.7983.6**, do Banco MONTEPIO, em nome de **CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE FERREIRA.**

☐ o IBAN **PT50.0036.0162.991.0006186878**, do Banco MONTEPIO, em nome de **CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE CARVALHOSA.**

☐ o IBAN **PT50.0036.0484.99104733148.42**, do Banco MONTEPIO, em nome de **ASSOCIAÇÃO PAIS DO CENTRO ESCOLAR PENAMAIOR.**

Data: _____ / _____ / _____

_____
(Assinatura do encarregado de educação conforme o documento de identificação pessoal)

**** Declaração a ser preenchida apenas no caso de se verificar inscrição no serviço de refeições.**

NOTA: Caso o encarregado de educação não autorize o exposto no presente documento, deverá dirigir-se aos serviços de Educação do Município de Paços de Ferreira.