

**1.ª Inscrição- Formulário**

**Ano Letivo**  
2026 / 2027

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA	
Nome:	N.I.F.:
Morada:	
Data de Nascimento:	

IDENTIFICAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO		
Nome:		
Morada: *caso seja diferente do aluno		
Código Postal:		
NIF:	Telemóvel:	E-mail:

TERMO DE RESPONSABILIDADE	
O município de Oliveira do Hospital cumpre integralmente o RGPD, regulamento geral de proteção de dados no que concerne à recolha e tratamento dos mesmos. Os dados pessoais recolhidos serão utilizados apenas para a tramitação do presente procedimento.	
Data: ___/___/_____	O Encarregado de Educação, _____

<b>PREENCHER E ENVIAR PARA O E-MAIL: <a href="mailto:gabinete.educacao@cm-oliveiradohospital.pt">gabinete.educacao@cm-oliveiradohospital.pt</a></b>
---