|  |
| --- |
| **AGRUPAMENTO DE ESCOLAS JOAQUIM DE ARAÚJO (152559)** |
| *Rua 3 de Março, 4560-162-Guilhufe:* Tel:255 *724098/9 Fax: 255 724100: Email: esjapsec@gmail.com***ACÇÃO SOCIAL ESCOLAR****AUXÍLIOS ECONÓMICOS**SUBSÍDIO ESTUDO/ISENÇÃO DE PROPINAS |
| **ANO LECTIVO 2021/22** |
| **Data de entrada**\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| **Nº Processo** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome aluno(a) |  |
| Nascido a |  | natural da freguesia de  |  |  |
| Concelho de |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ano que frequenta |  | Turma |  | N.º |  | Ano a frequentar |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pai |  | Contacto: |  |
| Mãe |  | Contacto: |  |
| Morada |  | Código Postal |  | - |  |
| Nº pessoas agregado familiar |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Encarregado de Educação |  |
| Contacto: |  |
| Telf./Telm. |  | E-mail |  |

*Comprometo-me a entregar:*

1. ***Declaração emitida pela Segurança Social ou pelo serviço processador, na qual conste o escalão de abono de família atribuído ao aluno/a.***
2. ***Declaração passada pelo Centro de Emprego, no caso de o Pai e/ou a Mãe estar(em) desempregados (s) há pelo menos de 3 meses.***
3. ***Declaração do Abono por deficiência permanente.***

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura encarregado de educação |  |
| Assinatura do aluno |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Penafiel, |  | de |  | de 2021 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Escalão de Abono |  |  |  | Autorizo / Não autorizo |
| Escalão ASE |  |  |  | Falta Documentos |
| Penafiel, |  | / |  | /2021 |  | Data |  | / |  | /2021 |
| O Responsável do Sector |  | A Diretora |
|  |  |  |

✂

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Recebi do(a) aluno(a) |  |  |
| os documentos referentes à candidatura ao subsídio escolar, para o ano letivo |
| 20 | / | 20 |  |  |  |
|  |
| Os Serviços administrativos |  | Data: |  | / |  | / | 2021 |