



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES  
**SECRETARIA REGIONAL DA EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTO**  
**DIREÇÃO REGIONAL DA EDUCAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO EDUCATIVA**

**Escola Secundária das Laranjeiras**

**Anexo I**

Requerimento de apoio para almoço nos períodos de férias e interrupções letivas

(Decreto Legislativo Regional n.º 5/2014/A, de 28 de março de 2014)

Nome do(a) Aluno(a): \_\_\_\_\_

NISS: \_\_\_\_\_ Escalão: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

(Número de identificação da segurança social)

Nome do(a) Encarregado(a) de Educação: \_\_\_\_\_

Morada do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_

Concelho: \_\_\_\_\_ Freguesia: \_\_\_\_\_

Contactos telefónico (TLM): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**REGISTO DE SINALIZAÇÕES PARA ALMOÇO NOS PERÍODOS DE FÉRIAS E INTERRUPÇÕES LETIVAS**

Assinale com um X na coluna SIM as semanas que pretende beneficiar de almoço

MÊS	SEMANA	SIM	MÊS	SEMANA	SIM
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Declaro, para os devidos efeitos, que tenho consciência de que o custo a suportar pelo almoço durante os períodos de férias e interrupções letivas é o mesmo a que o meu educando está sujeito no período letivo. Nestes termos, comprometo-me a assegurar semanalmente o pagamento do custo inerente.

Mais declaro ter consciência de que o não pagamento do referido custo pode dar lugar à suspensão do fornecimento do almoço.

Autorizo que a informação registada neste formulário seja transmitida à Segurança Social e autorizo que a Segurança Social me contate no âmbito do apoio para almoço nos períodos de férias e interrupções letivas.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Assinatura do(a) Encarregado(a) de Educação**

\_\_\_\_\_ (a preencher pela escola) \_\_\_\_\_

Escalão de Ação Social Escolar: \_\_\_\_\_

Custo do Almoço suportado pela família: \_\_\_\_\_

Observações:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_