



Centro Cultura e Desporto Sintrense

APOIO SOCIAL AOS ASSOCIADOS ANO LECTIVO 2016/2017

VALÊNCIA: _____
(Creche, Infantário, ATL)

DADOS DO (A) ASSOCIADO (A)

Nome Completo:

N.º Sócio:

N.º Funcionário:

Residência:

Código Postal:

Localidade:

Telefone:

Telemóvel:

Ext:

Entidade onde presta Serviço:

Local onde presta serviço:

IBAN: (Preenchimento Obrigatório)

(Preenchimento obrigatório (IBAN) - A sua falta implica o não pagamento da comparticipação a receber).

V.S.F.F.



Composição do Agregado Familiar (cônjuge e descendente(s))

Nome (1º e último)	Idade	Parentesco (c/criança)

Filhos que pretende inscrever:

Nome (1º e último)
NIF (Número Identificação Fiscal)

Nome (1º e último)
NIF (Número Identificação Fiscal)

Nome (1º e último)
NIF (Número Identificação Fiscal)

Sintra, ____ de _____ de 20____

(Assinatura do sócio)