

AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DR. JÚLIO MARTINS



Associação de Pais e Encarregados de Educação do Agrupamento de Escolas Dr Júlio Martins



Morada: Av. 5 de Outubro 5400-017 Chaves
EMAIL associacaodepais@aejm.pt

FICHA DE INSCRIÇÃO

Ano lectivo: ____ / ____	Data: ____ / ____ / ____	N.º Inscrição:
--------------------------	--------------------------	----------------

Nome completo do Encarregado de Educação:		Morada:
		Código Postal: -
BI / C.C. :		Data de validade: ____ / ____ / ____
NIF:		Data de nascimento: ____ / ____ / ____
Telef:	Telem:	e-mail:

Nome do Educando(a) (s)	Ano - Turma
	-
	-

Assinatura:	
-------------	--

- Quota Anual **5 €**.

- Pagamento por Transferência Bancária: **IBAN PT50 0079 0000 6969 8967 1012 9 SWIFT (BIC) BPNPPTPL**