

MOD. VE1



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

EDUCAÇÃO

AGRUPAMENTO DE ESCOLAS COIMBRA SUL  
Telefone: 239792770 FAX: 239792779



## Visita de Estudo

Jardim de Infância/Escola:

LOCAIS A VISITAR:

OBJETIVOS DA VISITA:

Data:

Tipo de transporte:

Local de partida e chegada:

Hora previsível de partida:

Hora previsível de chegada:

Custo da visita por aluno:

Turmas envolvidas:

N.º de alunos participantes:

Responsáveis:

Contactos:

Acompanhantes:

ATIVIDADES A DESENVOLVER PELOS ALUNOS (opcional):



### INSCRIÇÃO/AUTORIZAÇÃO

Eu ....., Encarregado de Educação do  
aluno ....., do Jardim de Infância de ...../  
da Escola..... do \_\_ ano, turma \_\_, n.º \_\_, declaro que **autorizo/não autorizo** (riscar o que não  
interessar) a participação do meu educando na visita de estudo \_\_\_\_\_,  
a realizar no dia \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_.

Mais declaro que me responsabilizo por quaisquer danos materiais que o meu educando eventualmente  
possa causar.

Coimbra, ... de ..... de 202\_\_

Assinatura do Encarregado de Educação

.....

Contacto telefónico do Enc. de Educação

\_\_\_\_\_