**Serviço Educativo Municipal**

****

Av. 25 de Abril,

3830-044 Ílhavo

geralcmi@cm-ilhavo.pt

www.cm-ilhavo.pt

+(351) 234 329 600

**de Ílhavo**

**Marcação de visita**

Uma imagem com preto, Tipo de letra, design

Descrição gerada automaticamente

|  |
| --- |
| FICHA DE INSCRIÇÃO (por turma) |

|  |  |
| --- | --- |
| Professor: | |
| Estabelecimento de Ensino/Instituição: | |
| Telefone: | E-mail: |

|  |
| --- |
| **QUADRO DE REFERÊNCIA 2024/2025** |

Assinale o ano de escolaridade e o serviço educativo, correspondente, a visitar.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NÍVEL DE ENSINO** | **OUTUBRO - FEVEREIRO** | **MARÇO - JUNHO** |
| **☐** 1.º Ano | CDI | **☐** CEA |
| **☐** 2.º Ano | **☐** BMI | EMER |
| **☐** 3.º Ano | **☐** 23 Milhas | **☐** ESTALEIRO |
| **☐** 4.º Ano | **☐** MMI | **☐** NMSA |
| **☐** 5.º Ano | **☐** MVA | MMI |
| 6.º Ano | 23 Milhas | CEA |
| 7.º Ano | ESTALEIRO | NMSA |
| 8.º Ano | BMI | MMI/CRM |
| 9.º Ano | CDI | ESTALEIRO |
| 10.º Ano | BMI | NMSA |
| 11.º Ano | MMI/CRM | CDI |
| 12.º Ano | 23 Milhas | MVA |

|  |
| --- |
| **ATIVIDADE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 - Nome da atividade: | |  |
| Data: | Hora: |  |
| 2 - Nome da atividade: | |  |
| Data: | Hora: |  |

Sujeito a confirmação do SEMI

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia da turma:  Normal  Mista | |
| N.º de Alunos: | N.º de Acompanhantes: |