**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**



|  |
| --- |
| 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: |