

Boletim de matrícula do ensino pré-escolar

Ano letivo ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A)

Nome do(a) aluno(a): _____
Data de nascimento: _____ Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____
Tipo de documento de identificação: _____ Qual: _____ n.º _____
Dígitos de controlo: _____ Validade _____ N.º elementos do agregado familiar:
N.º de cartão de utente do(a) aluno(a): _____ N.º de contribuinte do(a) aluno(a): _____
N.º de Identificação da Segurança Social do(a) aluno(a) (NISS): _____
Morada: _____ n.º _____ Localidade: _____
Código postal: _____ - _____ Concelho: _____
Telef./Telemóvel: _____ email: _____

FILIAÇÃO

PAI – Profissão: _____ Encarregado de educação: sim não

Nome: _____ Nacionalidade: _____ Data de Nascimento: _____
Tel./Telemóvel: _____ email: _____

Grau de escolaridade: sem habilitações Básico (1.º ciclo) (2.º ciclo) (3.º ciclo) Secundário
Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento

Tipo de documento de identificação: _____ Qual: _____ n.º _____
Dígitos de controlo: _____ Validade _____ NIF: _____

Situação de emprego: estudante doméstico por conta de outrem por conta própria isolado
por conta própria empregador desempregado reformado

MÃE - Profissão: _____ Encarregado de educação: sim não

Nome: _____ Nacionalidade: _____ Data de Nascimento: _____
Tel./Telemóvel: _____ email: _____

Grau de escolaridade: sem habilitações Básico (1.º ciclo) (2.º ciclo) (3.º ciclo) Secundário
Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento

Tipo de documento de identificação: _____ Qual: _____ n.º _____
Dígitos de controlo: _____ Validade _____ NIF: _____

Situação de emprego: estudante doméstico por conta de outrem por conta própria isolado
por conta própria empregador desempregado reformado

ENCARREGADO(A) DE EDUCAÇÃO (preencher caso não seja o pai/a mãe)

Nome: _____

Grau de parentesco: _____ Nacionalidade: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código postal: _____ - _____

Telef./Telemóvel: _____ email: _____

Tem irmãos a frequentar esta escola? Sim Não No mesmo Agrupamento? Sim Não

Nome da/o irmã/o: _____ Ano de escolaridade: _____

Nome da/o irmã/o: _____ Ano de escolaridade: _____

Tem computador em casa? Sim Não Tem acesso à Internet em casa? Sim Não

DECLARAÇÃO

Eu, _____, Pai Mãe Rep. Legal delego, para os devidos efeitos, as funções de Encarregado de Educação a _____,

(parentesco com o(a) aluno(a)): _____ . Motivo: _____

Pai/Mãe/Rep. Legal (assinam ambos) _____ / _____

AÇÃO SOCIAL ESCOLAR

Solicitou auxílio económico? Sim Não

ABONO DE FAMÍLIA

Recebe abono de família? Sim Não Escalão: _____

TRANSPORTE ESCOLAR

Sim Não Local de embarque: _____

SITUAÇÕES EDUCATIVAS ESPECIAIS

O seu educando tem necessidades educativas especiais? Sim Não

Se respondeu afirmativamente, indique quais: _____

Entregou documentos comprovativos desta situação? Sim Não

Se respondeu afirmativamente, indique qual o serviço que os elaborou: _____

PERMISSÃO DE SAÍDA DA ESCOLA:

Autorizo e responsabilizo-me pela saída do(a) meu(minha) educando(a) do espaço escolar acompanhado por:

Nome: _____ parentesco: _____ Tel./Telemóvel: _____

Nome: _____ parentesco: _____ Tel./Telemóvel: _____

PERMISSÃO DE SAÍDA NA LOCALIDADE

Autorizo Não autorizo o(a) meu(minha) educando(a) a deslocar-se na localidade, sempre que necessário e acompanhado por um(a) educador(a), a fim de desenvolver atividades educativas.

PERMISSÃO PARA FOTOGRAFAR

Autorizo Não autorizo que o(a) meu (minha) educando(a) seja fotografado(a) em contexto escolar, em atividades devidamente aprovadas no plano anual de atividades, podendo as imagens ser utilizadas em publicações do agrupamento.

DECLARAÇÃO

Compromisso de frequência e assiduidade do ensino pré-escolar, conforme legislação em vigor

Eu, _____, declaro que me responsabilizo pela frequência e assiduidade do meu educando, matriculado no ensino pré-escolar, neste Agrupamento de Escolas no ano letivo ____/____.

ASSISTÊNCIA MÉDICA DO(A) ALUNO(A)

Tem algum problema de saúde? Sim Não

Se sim qual(ais)? _____

É alérgico(a) a algum medicamento? Sim Não

Se sim qual(ais)? _____

Autorizo a que seja ministrado ao meu educando, em caso de necessidade, medicamentos:

Brufen ou Ben-u-ron: Sim Não Outros Quais? _____

Pessoa(s) a contactar em caso de urgência:

Nome: _____ parentesco: _____ Tel./Telem. _____

Nome: _____ parentesco: _____ Tel./Telem. _____

ASSOCIAÇÃO DE PAIS E ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO (APEE)

Autorizo que sejam fornecidos os dados à APEE: Sim Não

Assinatura do(a) Encarregado(a) de Educação: _____

ASSINATURA:

O(A) encarregado(a) de educação: _____

(conforme Cartão de Cidadão/Outro)

Penamacor, _____

A PREENCHER PELA ESCOLA

Apresentou:

Boletim individual de saúde atualizado: Sim Não Cartão de cidadão/Passaporte: Sim Não

Se não tem cartão de cidadão apresentou: cartão de utente: Sim Não cartão de contribuinte: Sim Não

Segurança Social: Sim Não

Fotografia atualizada: Sim Não

Penamacor, _____

Os SAE/DT/PT

(assinatura e selo branco ou carimbo)