

BOLETIM DE MATRÍCULA

1º CICLO DO ENSINO BÁSICO

Ano letivo 20 /20

DADOS DO(A) ALUNO(A):

DADOS PESSOAIS

NOME: _____ Data de Nascimento: ____ - ____ - ____

Cartão de Cidadão B.I. Cédula Passaporte

Nº: _____ E Emissora: _____ Emissão ____ - ____ - ____

Validade: ____ - ____ - ____

NATURALIDADE

Freguesia: _____ Concelho: _____ País: _____

RESIDÊNCIA

Distrito: _____ Freguesia: _____

Concelho: _____ Código Postal: ____ - ____ - ____

Morada: _____

OUTROS ELEMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nº de Cartão Utente do SN de Saúde ou outro subsistema de saúde: _____

Nº de Identificação da Segurança Social(NISS): _____

Nº de Identificação Fiscal(NIF): _____

Só aplicável às matrículas no 1º ano

SITUAÇÃO ANTERIOR À ENTRADA NA ESCOLA

Educação Pré-Escolar Estabelecimento(s) Frequentado(s): _____

Localidade: _____ Nº anos frequentados: _____

Frequentou ama? Sim Não

Só aplicável a candidatos titulares de habilitações adquiridas em países estrangeiros

Língua materna: _____

Sistema de ensino de origem (País): _____

Habilitação estrangeira de que é portador/a: _____

Entregou documentos comprovativos desta situação? Sim Não

INFORMAÇÃO MÉDICA

Conctato em caso de emergência: _____

Tem as vacinas em dia? Sim Não

Médico de Família: _____ Foi um bebé prematuro? Sim Não

Centro de Saúde onde o (a) aluno (a) se encontra inscrito (a) _____

Problemas específicos de saúde: _____

Alergias conhecidas: _____

Toma algum medicamento permanentemente? Sim Não Qual? _____

OUTROS

Tem computador em casa? Sim Não

Tem acesso à Internet em casa? Sim Não

Nº elementos do agregado familiar: _____

Tem necessidades educativas especiais? Sim Não Quais? _____

Tem relatórios a comprovar esta situação? Sim Não

De que serviço? _____

Recebe Abono de Família? Sim Não Qual o Escalão do Abono de Família? _____

DADOS DO PAI:	
DADOS PESSOAIS	
NOME: _____	
Data Nascimento: ____ - ____ - ____ CC <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/>	
Nº: _____ E Emissora: _____ Data de emissão ____ - ____ - ____	
Validade ____ - ____ - ____ Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____	
Freguesia: _____	
Concelho: _____ País: _____	
RESIDÊNCIA	
No caso de ser a mesma do (a) aluno (a) assinale com X no quadrado seguinte e avance para Situação Profissional <input type="checkbox"/>	
Distrito: _____ Freguesia: _____	
Concelho: _____ Cód.Postal ____ - ____ - ____	
Morada: _____	
SITUAÇÃO PROFISSIONAL	
Profissão: _____	
Situação no emprego: _____ Formação Académica: _____	
Local de emprego: _____	
Distrito: _____ Freguesia: _____	
Concelho: _____ Cód.Postal ____ - ____ - ____	
Morada: _____	
CONTACTOS	
Nº Telefone: _____ Nº Telemóvel: _____	
Nº Telefone emprego: _____ Mail: _____	
DADOS DA MÃE:	
DADOS PESSOAIS	
NOME: _____	
Data Nascimento: ____ - ____ - ____ CC <input type="checkbox"/> B.I. <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/>	
Nº: _____ E Emissora: _____ Data de emissão ____ - ____ - ____	
Validade ____ - ____ - ____ Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____	
Freguesia: _____	
Concelho: _____ País: _____	
RESIDÊNCIA	
No caso de ser a mesma do (a) aluno (a) assinale com X no quadrado seguinte e avance para Situação Profissional <input type="checkbox"/>	
Distrito: _____ Freguesia: _____	
Concelho: _____ Cód.Postal ____ - ____ - ____	
Morada: _____	
SITUAÇÃO PROFISSIONAL	
Profissão: _____	
Situação no emprego: _____ Formação Académica: _____	
Local de emprego: _____	
Distrito: _____ Freguesia: _____	
Concelho: _____ Cód.Postal ____ - ____ - ____	
Morada: _____	
CONTACTOS	
Nº Telefone: _____ Nº Telemóvel: _____	
Nº Telefone emprego: _____ Mail: _____	

DADOS DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO:	
Se o EE for o pai ou a mãe assinale com X e avance para Agregado Familiar	Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____
DADOS PESSOAIS	
NOME: _____	
Parentesco com o (a) Aluno (a) _____	
Data Nascimento: ____ - ____ - ____ CC <input type="checkbox"/> B.I. <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/>	
Nº: _____ E Emissora: _____ Data de emissão ____ - ____ - ____	
Validade ____ - ____ - ____ Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____	
Freguesia: _____	
Concelho: _____ País: _____	
RESIDÊNCIA	
No caso de ser a mesma do (a) aluno (a) assinale com X no quadrado seguinte e avance para Situação Profissional <input type="checkbox"/>	
Distrito: _____ Freguesia: _____	
Concelho: _____ Cód.Postal ____ - ____ - ____	
Morada: _____	
SITUAÇÃO PROFISSIONAL	
Profissão: _____	
Situação no emprego: _____ Formação Académica: _____	
Local de emprego: _____	
Distrito: _____ Freguesia: _____	
Concelho: _____ Cód.Postal ____ - ____ - ____	
Morada: _____	
CONTACTOS	
Nº Telefone: _____ Nº Telemóvel: _____	
Nº Telefone emprego: _____ Mail: _____	

AGREGADO FAMILIAR			
Nome	Parentesco	Profissão	Idade

AÇÃO SOCIAL ESCOLAR	
Está interessado em beneficiar de ASE? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Necessita de transporte? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

IMPORTANTE: CASO PRETENDA QUALQUER UM DOS SERVIÇOS, DEVE SOLICITAR E PREENCHER O IMPRESSO PRÓPRIO

Necessita de Serviço de Almoço?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
COMPONENTE DE APOIO À FAMÍLIA (CAF)			
O seu educando necessita de acompanhamento:			
Antes da componente curricular	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Manhã das ____h____m às 09h.00m
Depois das Atividades de Enriquecimento Curricular	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Até às	____h____m		
Durante as interrupções letivas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Natal	<input type="checkbox"/>	das ____h____m às ____h____m	
Carnaval	<input type="checkbox"/>	das ____h____m às ____h____m	
Páscoa	<input type="checkbox"/>	das ____h____m às ____h____m	
Verão	<input type="checkbox"/>	das ____h____m às ____h____m	
OUTROS			
Tem algum irmão a frequentar o Agrupamento?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Quantos? ____
Nome	_____	Ano: ____	Idade: ____ Estabelecimento: _____
Nome	_____	Ano: ____	Idade: ____ Estabelecimento: _____
Nome	_____	Ano: ____	Idade: ____ Estabelecimento: _____
Normalmente, quem vem buscar a criança?	_____		
Quais as pessoas a quem se pode confiar a criança?	_____		
1.	_____	Telefone/Telemóvel:	_____
2.	_____	Telefone/Telemóvel:	_____
3.	_____	Telefone/Telemóvel:	_____
Indique, por ordem de preferência, o nome de TRÊS estabelecimentos de ensino que pretende que o seu educando frequente.			
1 -	_____		
2 -	_____		
3 -	_____		
EDUCAÇÃO MORAL RELIGIOSA (EMR)			
Esta disciplina é de oferta obrigatória mas de frequência facultativa. A sua inscrição poderá implicar:			
1- a frequência de menos uma das AEC (aquela que tiver duração semanal de 60 minutos);			
2- que o horário letivo da EMR ocorra entre as 08H00 e as 09H00 ou entre as 16H50 e as 17H50;			
3- que a frequência desta disciplina possa ocorrer num estabelecimento de ensino diferente daquele que o aluno(a) frequenta.			

A abertura da disciplina fica condicionada a um número mínimo de alunos.

Desde que efetuada a matrícula não há lugar à anulação da mesma.

Inscrevo o meu educando na disciplina de Educação Moral Religiosa Católica (EMRC)

Sim Não

Inscrevo o meu educando noutra Confissão Religiosa

Sim Não Indique qual: _____

ATIVIDADES DE ENRIQUECIMENTO CURRICULAR (AEC)

Inscrição Provisória

Sim

Não

O Encarregado de Educação assume inteira responsabilidade pela veracidade das declarações prestadas.

A prestação de falsas informações ou omissões relativamente à residência ou local de trabalho dos pais/encarregado de educação invalida o âmbito do decorrente.

Declaro que tomei conhecimento do Regulamento Interno e das Normas Gerais de Funcionamento do Agrupamento e comprometo-me a respeitá-los.

O Encarregado de Educação

Data ____ - ____ - ____ _____

Recebido e conferido

O (A) Funcionário (a)

Data ____ - ____ - ____

(Assinatura e carimbo do AE)