

BOLETIM DE MATRÍCULA

Ano letivo _____

A preencher pelos serviços administrativos

Inscrição n.º

Unidade Orgânica _____

Escola _____

Localidade _____

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome: _____ Nacionalidade: _____

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino Data de nascimento: _____ Língua materna: _____

Ilha: _____ Concelho: _____ Freguesia: _____

☐ Cartão de Cidadão ☐ Assento ☐ Passaporte N.º _____ Validade: _____

Emitido em: _____ N.º Seg. Social (NISS) _____ NIF _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

IRMÃOS/IRMÃS

Tem irmãos/ãs já matriculados/as neste estabelecimento de educação e de ensino? ☐ Sim ☐ Não

Qual? _____ Nome do/a aluno/a _____ Ano _____

Qual? _____ Nome do/a aluno/a _____ Ano _____

Qual? _____ Nome do/a aluno/a _____ Ano _____

IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS

Nome do Pai: _____ Profissão: _____

Telemóvel: _____ Telefone: _____ E-mail: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ Habilitações literárias: _____

Local de trabalho: _____

IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS

Nome da Mãe: _____ Profissão: _____

Telemóvel: _____ Telefone: _____ E-mail: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ Habilitações literárias: _____

Local de trabalho: _____

IDENTIFICAÇÃO DO/A ENCARREGADO/A DE EDUCAÇÃO

☐ Pai ☐ Mãe ☐ Representante Legal ☐ Outro _____ Grau de parentesco: _____

Nome: _____

Telemóvel: _____ Telefone: _____ E-mail: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ NIF _____

Profissão: _____ Habilitações literárias: _____

Desenvolve a sua atividade profissional na área de influência do estabelecimento de educação e ensino? Sim ☐ Não ☐

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

DADOS ADICIONAIS

Normalmente, quem vem buscar a criança? _____

Quais as pessoas a quem pode confiar a criança?

1. _____ Telefone/Telemóvel: _____

2. _____ Telefone/Telemóvel: _____

CONTACTOS EM CASO DE URGÊNCIA

1.Nome _____ Telefone/Telemóvel: _____

2.Nome _____ Telefone/Telemóvel: _____

SAÚDE

N.º de cartão de utente/beneficiário: _____ Subsistema de saúde/Seguradora: _____

(caso se aplique): Entidade: _____

Problemas específicos de saúde? Sim ☐ Não ☐ Quais? _____

Grupo sanguíneo (RH) _____ Médico/a de família: _____ Centro de Saúde: _____

Alergias: _____

Toma algum medicamento permanentemente? Sim ☐ Não ☐ Qual? _____

O/A encarregado/a de educação declara ter tomado conhecimento da recolha e tratamento dos dados constantes neste boletim para fins de processamento de pedido de matrícula e de consolidação de um registo biográfico do/a aluno/a no estabelecimento de educação e ensino em que vier a ser colocado/a. Sim ☐ Não ☐

O/A encarregado/a de educação assume inteira responsabilidade pela veracidade das declarações prestadas, bem como dos documentos apresentados. A prestação de falsas informações ou omissões relativamente à residência ou local de trabalho dos pais/encarregado/a de educação invalida o direito daí decorrente.

Data ____/____/____

O/A Encarregado/a de Educação

VERIFICAÇÕES (a preencher pelos serviços administrativos)

Boletim Individual de Saúde atualizado Sim ☐ Não ☐

N.º Identificação da Segurança Social (NISS) ☐

N.º cartão de Utente de Saúde/Beneficiário (SNS) ☐

Subsistema de saúde/seguradora (caso se aplique) ☐

Cartão Cidadão: ☐ Passaporte: ☐ Outro: ☐

Recebido em: ____/____/____

A educadora ou a funcionária,

Assinatura

Certifica-se que _____

foi matriculado/a no _____

no ano letivo de _____

(Assinatura do órgão competente e carimbo)