

MATRÍCULA NA EDUCAÇÃO 1º CICLO - ANO LETIVO _____/____

Indique, por ordem de preferência, o nome de seis estabelecimentos de ensino que pretende que o(a) aluno(a) frequente.

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. Centro Escolar _____ | 4. Centro Escolar _____ |
| 2. Centro Escolar _____ | 5. Centro Escolar _____ |
| 3. Centro Escolar _____ | 6. Centro Escolar _____ |

DADOS DO(A) ALUNO(A)

DADOS PESSOAIS

NOME _____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Cartão de Cidadão Cédula Passaporte

Nº _____ Validade ____ / ____ / ____

NATURALIDADE

Freguesia: _____ Concelho: _____ País _____

MORADA DE RESIDÊNCIA

Distrito: _____ Freguesia: _____

Concelho: _____ Código Postal _____ - _____

Morada: _____

OUTROS ELEMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

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

Nº de Identificação da Segurança Social: _____

Nº de Identificação Fiscal: _____

EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR

Estabelecimento de Ensino: _____

Localidade: _____ Nº de Anos Frequentados: _____

INFORMAÇÃO MÉDICA

Tem as vacinas em dia? Sim Não

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

Problemas específicos de saúde _____

Alergias conhecidas _____

OUTROS

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

Tem Necessidades Educativas Especiais? Sim Não Quais? _____

Tem relatórios a comprovar esta situação? Sim Não de que serviço? _____

Recebe abono de Família? Sim Não Escalão de Abono de Família _____

DADOS DO PAI**DADOS PESSOAIS**

Nome : _____

Bilhete de Identidade Cartão de Cidadão Passaporte: Nº _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

MORADA DE RESIDÊNCIA(No caso de ser a mesma do(a) aluno(a), assinale com um X no quadrado seguinte e avance para "Situação Profissional"

Distrito: _____ Freguesia: _____

Concelho: _____ Código Postal: _____ - _____

Morada: _____

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Profissão: _____

Trabalhador Conta Outrem Trabalhador Conta Própria Formação Académica: _____

Local de Emprego: _____

Distrito: _____ Freguesia: _____

Concelho: _____ Código Postal: _____ - _____

Morada: _____

CONTATOS

Número de Telefone: _____ Número de Telemóvel: _____

Número de Telefone do Emprego: _____ Correio Eletrónico: _____

DADOS DA MÃE**DADOS PESSOAIS**

Nome : _____

Bilhete de Identidade Cartão de Cidadão Passaporte: Nº _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

MORADA DE RESIDÊNCIA(No caso de ser a mesma do(a) aluno(a), assinale com um X no quadrado seguinte e avance para "Situação Profissional"

Distrito: _____ Freguesia: _____

Concelho: _____ Código Postal: _____ - _____

Morada: _____

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Profissão: _____

Trabalhador Conta Outrem Trabalhador Conta Própria Formação Académica: _____

Local de Emprego: _____

Distrito: _____ Freguesia: _____

Concelho: _____ Código Postal: _____ - _____

Morada: _____

CONTATOS

Número de Telefone: _____ Número de Telemóvel: _____

Número de Telefone do Emprego: _____ Correio Eletrónico: _____

DADOS DO (A) ENCARREGADO(A) DE EDUCAÇÃO

Se o Encarregado de Educação for Pai o ou Mãe assinale com X e avance para "AGREGADO FAMILIAR"

Pai
Mãe
Outro

Qual? _____

DADOS PESSOAIS

Nome : _____

Bilhete de Identidade Cartão de Cidadão Passaporte: Nº _____

Parentesco com o (a) aluno(a) _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

MORADA DE RESIDÊNCIA(No caso de ser a mesma do(a) aluno(a), assinale com um X no quadrado seguinte e avance para "Situação Profissional"

Distrito: _____ Freguesia: _____

Concelho: _____ Código Postal: _____ - _____

Morada: _____

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Profissão: _____

Trabalhador Conta Outrem Trabalhador Conta Própria Formação Académica: _____

Local de Emprego: _____

Distrito: _____ Freguesia: _____

Concelho: _____ Código Postal: _____ - _____

Morada: _____

CONTATOS

Número de Telefone: _____ Número de Telemóvel: _____

Número de Telefone do Emprego: _____

Correio Eletrónico: _____

AGREGADO FAMILIAR

Nome	Parentesco	Profissão	Idade

Nº de elementos do Agregado Familiar: _____

OPÇÕES

Necessita de Serviço de Almoço? Sim Não

Pretende que o seu Educando frequente Atividades de Enriquecimento Curricular? Sim Não

Pretende que o seu Educando frequente Religião Moral Religiosa Católica Sim ___ Não ___

Outra confissão: Qual: _____

IMPORTANTE: CASO PRETENDA SERVIÇO DE ALMOÇO DEVE PREENCHER O IMPRESSO E ENTREGAR NA CÂMARA MUNICIPAL DE AMARES

Tem algum irmão a frequentar o estabelecimento? Sim Não Quantos? _____

Nome: _____ Ano _____ Idade _____

Nome: _____ Ano _____ Idade _____

Nome: _____ Ano _____ Idade _____

Normalmente, quem vem buscar a criança? _____

Quais as pessoas a quem se pode confiar a criança? _____

Em caso de urgência, contatar: _____

Morada: _____ Telefone: _____

O (A) 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/ encarregados de educação invalida o âmbito do decorrente.

Declaro que tomei conhecimento do Regulamento Interno.

O(A) Encarregado(a) de Educação

Data: ____/____/____