

FICHA DE MATRÍCULA / ATUALIZAÇÃO DE DADOS - 2017/ 2018

1.º CICLO

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A)

Processo n.º: _____

Ano e Turma que frequentou em 2016/2017: _____ Retido(a): sim não

Nome do(a) aluno(a): _____

Deseja mudar de escola? Sim Não

Se sim, para a escola: _____

Caso tenha havido alguma **alteração nos dados do registo biográfico** (encarregado(a) de educação, morada, telefone ou outro), indique no espaço seguinte:

PAI

encarregado de educação: sim não

nome: _____ data de nascimento: ___/___/___

n.º de identificação: _____ data validade ___/___/___

nacionalidade: _____ telefone: _____ telemóvel: _____

telefone: _____ telemóvel: _____

endereço de correio eletrónico: _____@_____

grau de escolaridade: sem habilitações básico(1.º ciclo) básico(2.º ciclo) básico(3.º ciclo)

secundário pós-graduação bacharelato licenciatura mestrado doutoramento

profissão (especificar): _____

situação de emprego: estudante doméstico por conta de outrem

por conta própria isolado por conta própria empregador desempregado reformado

MÃE

encarregada de educação: sim não

nome: _____ data de nascimento: ___/___/___

n.º de identificação: _____ data validade ___/___/___

nacionalidade: _____ telefone: _____ telemóvel: _____

telefone: _____ telemóvel: _____

endereço de correio eletrónico: _____@_____

grau de escolaridade: sem habilitações básico(1.º ciclo) básico(2.º ciclo) básico(3.º ciclo)

secundário pós-graduação bacharelato licenciatura mestrado doutoramento

profissão (especificar): _____

situação de emprego: estudante doméstico por conta de outrem

por conta própria isolado por conta própria empregador desempregado reformado

ABONO DE FAMÍLIA

Recebe Abono de Família? Sim Não Se sim, indique qual o Escalão _____

COMPONENTE DE APOIO À FAMÍLIA

(Caso pretenda este serviço, deve solicitar e preencher impresso próprio)

Tem necessidade do serviço de refeições? Sim Não

Tem necessidade de prolongamento de horário? Sim Não

AUTORIZAÇÃO DE SAÍDA

Autorizo Não autorizo o(a) meu(minha) educando(a) sair sozinho(a) da escola no final das atividades letivas.

Autorizo o meu(a minha) educando(a) a sair da escola acompanhado(a) por:

Nome:

Parentesco ou Relação:

PERMISSÃO DE SAÍDA NA LOCALIDADE

Autorizo Não autorizo o(a) meu(minha) educando(a) a deslocar-se na localidade, sempre que necessário e acompanhado(a) por um(a) professor(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, podendo as imagens ser utilizadas em publicações do agrupamento.

_____, ____/____/____

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

DECLARAÇÃO (alínea o) do artigo n.º 10.º e alínea k) do artigo 43.º da Lei n.º 51/2012, de 5 de Setembro - Estatuto do Aluno e Ética Escolar)

Eu, _____, encarregado(a) de educação do(a) aluno(a) _____ declaro que me comprometo a conhecer o estatuto do aluno (Lei n.º 51/2012, de 5 de Setembro, bem como o regulamento interno do agrupamento de escolas Venda do Pinheiro. Mais declaro que tomei conhecimento que o regulamento interno está disponível no sítio da internet do agrupamento, tendo a liberdade de adquirir, na reprografia, ou consultar a mesma junto do(a) docente titular de turma/ diretor(a) de turma.

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

Eu, _____, aluno(a) do Agrupamento de Escolas da Venda do Pinheiro, comprometo-me a respeitar e cumprir o estipulado no regulamento interno.

O(A) aluno(a): _____

FICHA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DO ALUNO – 2017/ 2018

Nome do(a) aluno(a): _____

Número de Utente do Serviço Nacional de Saúde: _____

Nome do(a) encarregado(a) de educação: _____

Morada: _____

Localidade: _____ C. Postal: _____ - _____

Tem algum problema de saúde? Sim Não

Se sim qual? _____

Nome e contato do médico assistente (médico de família ou médico particular)

É alérgico(a) a algum medicamento? Sim Não

Se sim qual? _____

Pessoa a contactar em caso de urgência:

Nome: _____ Telefone : _____ / _____

Nome: _____ Telefone : _____ / _____

Nome: _____ Telefone : _____ / _____

Nome: _____ Telefone : _____ / _____

Autorizo que ao(à) meu(minha) educando(a) seja administrado _____ (dosagem) de _____, em situação aguda de febre designadamente a partir de ____ ° quando repentinamente surgir em contexto escolar.

(De acordo com a Orientação da Direção-Geral de Saúde n.º 2/2012 de 18/01/2012.)

A aquisição do antipirético e a identificação do mesmo é da minha total responsabilidade.

Mais declaro que me comprometo a recolher o(a) meu(minha) educando(a) de imediato após contacto da escola.

Não autorizo a administração de medicamento.

O(A) Encarregado(a) de Educação: _____

VERIFICAÇÃO (a preencher pelos serviços)

A Funcionária: _____ Venda do Pinheiro, ____/____/2017

ATIVIDADES DE ENRIQUECIMENTO CURRICULAR – Pré-inscrição – 2017/ 2018

Estabelecimento do 1.º ciclo:

EB Venda do Pinheiro

EB Póvoa da Galega

EB São Miguel do Milharado

EB Santo Estêvão das Galés

Identificação do(a) Aluno(a)

Processo n.º: _____

Nome completo do(a) aluno(a): _____

Data de nascimento: ____/____/____

(dia) (mês) (ano)

Residência: _____

Data: _____, ____/____/20____

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

NOTA: Esta inscrição nas AEC é condicional, estando sujeita à aprovação pelo Ministério da Educação.