

FICHA ANEXA À MATRÍCULA DO PRÉ – ESCOLAR 2018/2019

Colar
Foto

N.º Matricula _____

ALUNO(A) N.º processo _____ ano: _____ turma /sala: _____

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Tem computador em casa: sim não Tem acesso à internet: sim não

COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Mãe Pai Irmãos, idades: _____ Avós Outras pessoas, quem? _____

IRMÃOS A FREQUENTAR O AGRUPAMENTO/ESTABELECIMENTO - Sim Não

Estabelecimento: _____

Nome: _____ Ano (____ / ____) ____º Sala/ Turma: _____

Nome: _____ Ano (____ / ____) ____º Sala/ Turma: _____

SITUAÇÃO ANTERIOR À ENTRADA NO JARDIM DE INFÂNCIA

Teve apoio de alguma ama? Sim Não

Se respondeu não, com quem esteve? Avós pais outros familiares

Frequentou creche? Sim Não

Se sim, indique qual _____ desde _____ até _____

Frequentou outro estabelecimento de pré-escolar? Sim Não

Se sim, indique qual _____ desde _____ até _____

NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

Sim Não Se sim, indique quais: _____

Entrega documentos comprovativos da situação descrita: Sim Não **(A não entrega destes documentos poderá impossibilitar o acompanhamento adequado da criança)**

ALTERAÇÃO DO INÍCIO DA ESCOLARIDADE OBRIGATÓRIA

Foi requerida alteração do início da escolaridade obrigatória? Sim Não

Se sim, indique qual: Antecipação Adiamiento

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

RESPONSABILIDADE: São da responsabilidade do(a) encarregado(a) de educação todos os objetos pessoais e/ou de valor que a criança transporte para o jardim-de-infância.

AUTORIZAÇÕES

Autorizo o(a) meu (minha) educando(a) a sair com:

Nome	Contacto	Grau de afinidade
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Com objetivos de interesse pedagógico, as imagens captadas nas mais diversas atividades escolares, poderão ser publicadas em trabalhos, exposições, jornais escolares ou páginas da internet pertencentes a este agrupamento.

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

Autorizo Não autorizo o(a) meu(minha) educando(a) a beber leite escolar.

Autorizo Não autorizo o(a) meu(minha) educando(a) a comer o(s) bolo(s) nas festas realizadas, ao longo do ano, no jardim de infância.

RENOVAÇÕES

Renovação em ____/____/20____

Encarregado(a) de educação: _____

Renovação em ____/____/20____

Encarregado(a) de educação: _____

Renovação em ____/____/20____

Encarregado(a) de educação: _____

DESISTÊNCIA

Desistência em ____/____/20____

Motivo: _____

Encarregado(a) de educação: _____

Venda do Pinheiro, ____/____/____

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

Assinatura (legível) que recebe a matrícula _____

FICHA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DO ALUNO – 2018/ 2019

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, ____/____/2018