



A preencher pelos  
Serviços Administrativos

Inscrição n.º

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jardim de infância \_\_\_\_\_  
Agrupamento \_\_\_\_\_  
Localidade \_\_\_\_\_  
Direção de Serviços da Região (DSR) \_\_\_\_\_  
da Direção-Geral dos Estabelecimentos Escolares

Rubrica do/a Enc. de Educ. \_\_\_\_\_

Desistência em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Matrícula em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Motivo \_\_\_\_\_

Admissão em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Renovação em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Renovação em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Renovação em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

O/A Enc. de Educ. \_\_\_\_\_

Foi pedido adiamento/antecipação da escolaridade obrigatória em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA**

Nome \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

Sexo  M  F Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Língua materna \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_ Freguesia \_\_\_\_\_

C. Cidadão  Assento  Passaporte  N.º \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Emitido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N.º de Identificação da Segurança Social (NISS) \_\_\_\_\_

N.º de Ident. Fiscal (NIF) \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

**IRMÃOS/ÁS**

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

Qual? \_\_\_\_\_ Nome do/a aluno/a e ano de escolaridade \_\_\_\_\_

Qual? \_\_\_\_\_ Nome do/a aluno/a e ano de escolaridade \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS**

Nome do Pai/Mãe \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Outro meio de contacto \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Hab. Literárias \_\_\_\_\_

Local de trabalho \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS

Nome do Pai/Mãe \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Outro meio de contacto \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Hab. Literárias \_\_\_\_\_

Local de trabalho \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_

Pai(s) e/ou Mãe(s) menor(es) de idade e estudante(s)? Sim  Não

### IDENTIFICAÇÃO DO/A ENCARREGADO/A DE EDUCAÇÃO

Pai  Mãe  Rep. legal  Outro \_\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Outro meio de contacto \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ N.º Ident. Fiscal (NIF) \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Hab. Literárias \_\_\_\_\_

Morada (trabalho) \_\_\_\_\_

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 se pode confiar a criança?

1. \_\_\_\_\_ Telefone/Telemóvel \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Telefone/Telemóvel \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Telefone/Telemóvel \_\_\_\_\_

### CONTACTOS EM CASO DE URGÊNCIA

1. Nome \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

2. Nome \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

### SAÚDE

N.º de Cart. de Utente/Beneficiário \_\_\_\_\_ Subsistema de saúde/Seguradora \_\_\_\_\_

(caso se aplique): Entidade \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_

Problemas específicos de saúde: Sim  Não  Quais? \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_ Médico/a de Família \_\_\_\_\_ Contacto \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Toma algum medicamento permanentemente? Não  Sim  Qual? \_\_\_\_\_

### NECESSIDADES ESPECÍFICAS

O/A seu/sua educando/a frequenta a educação pré-escolar com acompanhamento no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI) ou da equipa multidisciplinar de apoio à educação inclusiva?

Sim  Não

Se sim, indique as medidas de apoio à inclusão mobilizadas: \_\_\_\_\_

O/A aluno/a apresenta limitações:

No domínio da visão: Não  Sim  Quais? \_\_\_\_\_

No domínio da audição: Não  Sim  Quais? \_\_\_\_\_

No domínio da fala: Não  Sim  Quais? \_\_\_\_\_

### SITUAÇÃO NO ANO LETIVO ANTERIOR

Frequentou Ama? Sim  Não  Legalizada? Sim  Não

Frequentou Creche? Sim  Não

Frequentou a educação pré-escolar? ..... Sim  Não

Em que estabelecimento? \_\_\_\_\_

### ATIVIDADES DE ANIMAÇÃO E DE APOIO À FAMÍLIA

Necessita de serviço de almoço? ..... Sim  Não

Necessita de prolongamento de horário antes do início das atividades educativas/letivas? ..... Sim  Não

Das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

Necessita de prolongamento de horário após as 17 h e 30 m? ..... Sim  Não

Das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

Tem necessidade de atividades de animação e de apoio à família durante os períodos de interrupção letiva?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique, por ordem de preferência, até cinco estabelecimentos de educação pré-escolar pretendidos (na área de residência ou na área de atividade profissional dos pais ou do/a encarregado/a de educação).

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_

### OBSERVAÇÕES

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.

O/A Encarregado/a de Educação,

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 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) .....

Últimos dados relativos à composição do agregado familiar validados pela Autoridade Tributária .....

Cartão de Cidadão  Passaporte

O/A Funcionário/a,

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Assinatura)

### AÇÃO SOCIAL ESCOLAR

Pretende apresentar candidatura:

Aos auxílios económicos? SIM  NÃO  Aos transportes escolares? SIM  NÃO

### TRAMITAÇÃO DO PROCESSO

Escola _____	Escola _____	Escola _____	Escola _____
Autorização de matrícula	Entrada ____/____/____	Entrada ____/____/____	Entrada ____/____/____
Em ____/____/____	Saída ____/____/____	Saída ____/____/____	Saída ____/____/____
	Justificação	Justificação	Justificação

Certifica-se que \_\_\_\_\_  
foi matriculado/a no \_\_\_\_\_  
no ano letivo de \_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Assinatura do órgão competente e carimbo)