

Irmãos

N.º de Irmãos	<input type="text"/>	Frequenta(m) o mesmo Agrupamento/Estabelecimento?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Qual? <input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>	Ano/Sala	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>	Ano/Sala	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>	Ano/Sala	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>	Ano/Sala	<input type="text"/>

Nome do Pai

<input type="text"/>							
Estado Civil	<input type="text"/>	Naturalidade	<input type="text"/>	Nacionalidade	<input type="text"/>		
B. Identidade /C. Cidadão	<input type="text"/>	Validade	<input type="text"/>	Data de Nascimento	<input type="text"/>		
N.I.F. (N.º Contribuinte)	<input type="text"/>	N.I.S.S. (N.º Identificação da Segurança Social)	<input type="text"/>				
Morada de Residência	<input type="text"/>						
Localidade	<input type="text"/>						
Código Postal	<input type="text"/>	Freguesia	<input type="text"/>	Concelho	<input type="text"/>		
Telemóvel	<input type="text"/>	Habilitações Literárias	<input type="text"/>				
E-mail	<input type="text"/>						
Profissão	<input type="text"/>	Por conta de outrem	<input type="text"/>	Por conta própria	<input type="text"/>	Outra	<input type="text"/>
Endereço do local de trabalho	<input type="text"/>						
Localidade do local de trabalho	<input type="text"/>						
Código Postal do local de trabalho	<input type="text"/>	Freguesia	<input type="text"/>	Concelho	<input type="text"/>		

Nome da Mãe

<input type="text"/>							
Estado Civil	<input type="text"/>	Naturalidade	<input type="text"/>	Nacionalidade	<input type="text"/>		
B. Identidade /C. Cidadão	<input type="text"/>	Validade	<input type="text"/>	Data de Nascimento	<input type="text"/>		
N.I.F. (N.º Contribuinte)	<input type="text"/>	N.I.S.S. (N.º Identificação da Segurança Social)	<input type="text"/>				
Morada de Residência	<input type="text"/>						
Localidade	<input type="text"/>						
Código Postal	<input type="text"/>	Freguesia	<input type="text"/>	Concelho	<input type="text"/>		
Telemóvel	<input type="text"/>	Habilitações Literárias	<input type="text"/>				
E-mail	<input type="text"/>						
Profissão	<input type="text"/>	Por conta de outrem	<input type="text"/>	Por conta própria	<input type="text"/>	Outra	<input type="text"/>
Endereço do local de trabalho	<input type="text"/>						
Localidade do local de trabalho	<input type="text"/>						
Código Postal do local de trabalho	<input type="text"/>	Freguesia	<input type="text"/>	Concelho	<input type="text"/>		

Encarregado de Educação (só responde às perguntas do quadro abaixo, caso não seja o pai ou a mãe)

Nome	<input type="text"/>	Parentesco	<input type="text"/>		
Estado Civil	<input type="text"/>	Naturalidade	<input type="text"/>	Nacionalidade	<input type="text"/>
B. Identidade /C. Cidadão	<input type="text"/>	Validade	<input type="text"/>	Data de Nascimento	<input type="text"/>
N.I.F. (N.º Contribuinte)	<input type="text"/>	N.I.S.S. (N.º Identificação da Segurança Social)	<input type="text"/>		
Morada de Residência	<input type="text"/>				
Código Postal do local de trabalho	<input type="text"/>	Freguesia	<input type="text"/>	Concelho	<input type="text"/>

Telemóvel Habilitações Literárias

E-mail

Profissão Por conta de outrem Por conta própria Outra

Endereço do local de trabalho e localidade

Código Postal do local de trabalho Freguesia Concelho

Composição do agregado familiar (n.º de elementos que habitam na mesma morada fiscal)

Parentesco	Nome (primeiro e último)	Idade	Habilitações Literárias	Profissão	Situação Profissional*
<i>Criança</i>			-----	-----	-----

*Indicar: Efetivo / Contratado / Trabalhador Independente / Reformado / Doméstico / Desempregado / Estudante / Trabalhador por Conta de Outrem

Os Pais vivem em comunhão de mesa e habitação? Sim ___ Não ___ Se respondeu NÃO, por favor entregue o documento de regulação do poder paternal, caso exista.

Contatos em caso de urgência

Nome Contato

Nome Contato

Saúde

Vacinas em dia Validade

Problemas de Saúde Sim ___ Não ___ Qual/Quais?

Alergias Sim ___ Não ___ Qual/Quais?

Toma algum medicamento regularmente Sim ___ Não ___ Qual/Quais?

Problemas de visão: Sim ___ Não ___ Qual/Quais?

Problemas de audição: Sim ___ Não ___ Qual/Quais?

Problemas de fala: Sim ___ Não ___ Qual/Quais?

Medidas de Apoio à Educação Inclusiva

A criança tem necessidade de usufruir de medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão do tipo selectivas ou adicionais, ao abrigo do D.L. n.º 54/2018, de 6 de Julho? Sim ___ Não ___

Entregou relatórios comprovativos desta situação? Sim ___ Não ___

Dados Adicionais

Normalmente, quem vem buscar a criança à escola?

Quais as pessoas a quem se pode confiar a criança?

1. Contato

2. Contato

3. Contato

Tem computador em casa? Sim ___ Não ___

Tem acesso à Internet? Sim ___ Não ___

Componente de apoio à família

Necessita de Apoio Social Escolar?

Sim ___ Não ___

Necessita de serviço de almoço?

Sim ___ Não ___

Recebe abono de família?

Sim ___ Não ___

Qual o escalão de abono?

① ② ③

Se assinalar SIM, deve preencher o boletim de candidatura à Ação Social Escolar (ASE), e anexar a declaração do escalão de abono (2019)

Necessita de prolongamento de horário?

Sim ___ Não ___

Das _____ às _____

Das _____ às _____

Quais os períodos de interrupção letiva em que tem necessidade de atividades de apoio à família?

Outros dados que considere importantes

Autorizo/não autorizo (riscar o que não interessa) a captação de imagens (fotografia/vídeo) do(a) meu/minha educando(a) para eventual divulgação das actividades escolares.

NOTA:

O 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/encarregado de educação invalida o direito daí decorrente.

Data/Assinatura

___ / ___ / 2019 -- x

Os dados recolhidos neste formulário destinam-se exclusivamente ao uso interno do Agrupamento de Escolas Dr. José Domingues dos Santos e a iniciativas e atividades desenvolvidas pelo mesmo e nunca serão utilizados para outros fins. Em nenhuma circunstância, os seus dados serão cedidos a terceiros.

A qualquer momento os dados constantes neste formulário podem, nos termos da Lei nº 67/98, de 26 de Outubro, ser acedidos, atualizados, retificados ou apagados, devendo para isso contactar o Agrupamento de Escolas Dr. José Domingues dos Santos em Lavra.

Reservado ao Agrupamento de Escolas Dr. José Domingues dos Santos

Verificações:

Apresentou

Boletim de Vacinas (atualizado)

Validade ___/___/_____

Sim ___ Não ___

Entregou

3 fotografias a cores, tipo passe e em papel fotográfico (atualizadas)

Sim ___ Não ___

Fotocópia do Comprovativo de Morada /Comprovativo de local de trabalho

Sim ___ Não ___

Requerimento para candidatura à ASE + Declaração com a certificação de escalão de abono de família – ano 2019

Sim ___ Não ___

Boletim de Inscrição / Refeições Escolares (obrigatório) – Câmara Municipal de Matosinhos

Sim ___ Não ___

Comprovativo de constituição do agregado familiar validado pela Autoridade Tributária

Sim ___ Não ___

Regulação do Poder Paternal

Sim ___ Não ___

Outro: _____

Sim ___ Não ___

Data

___/___/2019

O Assistente Técnico

Endereço eletrónico do encarregado de educação

| _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Caso autorize e não pretenda preencher manualmente os dados solicitados nas caixas de texto abaixo, por favor recorte e cole as respetivas cópias dos Cartões de Cidadão no local correspondente.

A L U N O (A)	Nome: _____ Data de Nascimento: _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ N.º Cartão de Cidadão: _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ Data de Validade: _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ N.º Fiscal de Contribuinte: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ NISS (Segurança Social): _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ N.º de Utente de Saúde: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
------------------------------	---

P A I	Nome: _____ Data de Nascimento: _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ N.º Cartão de Cidadão: _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ Data de Validade: _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ N.º Fiscal de Contribuinte: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ NISS (Segurança Social): _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ N.º de Utente de Saúde: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
-------------	---

M Ã E	Nome: _____ Data de Nascimento: _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ N.º Cartão de Cidadão: _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ Data de Validade: _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ N.º Fiscal de Contribuinte: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ NISS (Segurança Social): _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ N.º de Utente de Saúde: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
-------------	---

E N C. E D U C A Ç Ã O	Nome: _____ Parentesco _____ Data de Nascimento: _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ N.º Cartão de Cidadão: _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ Data de Validade: _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ N.º Fiscal de Contribuinte: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ NISS (Segurança Social): _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ N.º de Utente de Saúde: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Filiação: _____ e de _____
--	--

Dados cedidos por: _____ Data ____/____/____

O utente assume a inteira responsabilidade, nos termos da Lei, pela exactidão dos dados constantes no documento.

OBS: Todos os campos solicitados são de preenchimento obrigatório