



Boletim de Matrícula

1.º ano de escolaridade

Ano letivo: **2024/2025**

N.º Processo: _____ (a atribuir pelos Serviços Administrativos)

Identificação da Escola

(assinalar com um X)

- ☐ EB1/JI Prof. António S. Botelho (S. Miguel) ☐ EB1/JI Padre Manuel E. Ferreira (S. Pedro)
- ☐ EB1/JI Francisco M. Garoupa (Água d'Alto)

Identificação do Aluno

Nome completo: _____ Idade à data: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Morada: _____

Cód. Postal: ____-____, Freguesia: _____, Concelho: _____

Nacionalidade: _____ N.º de irmãos: ____

Cartão de Cidadão n.º _____ Data de Validade: ____/____/____

N.º Beneficiário (Seg. Social): _____ N.º de Identificação Fiscal (NIF): _____

Filiação

DADOS DA MÃE

Nome da mãe: _____ Idade: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____

Profissão: _____ Habilitações académicas: _____

NIF da Mãe: _____

Morada: ☐ Mesma do aluno. ☐ Outra: _____

DADOS DO PAI

Nome do Pai: _____ Idade: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____

Profissão: _____ Habilitações académicas: _____

NIF do Pai: _____

Morada: ☐ Mesma do aluno. ☐ Outra: _____

Situação Anterior à Entrada na Escola

Educação Pré-Escolar: Não ☐

Sim ☐ nome do estabelecimento de ensino: _____

N.º de anos de frequência: _____.

Encarregado de Educação

☐ Mãe ☐ Pai ☐ Outro**

** (apenas preencher os dados abaixo se selecionou "OUTRO").

Nome completo: _____

Contacto(s) _____ Profissão _____

Parentesco: _____ Residente em _____

Cód. Postal: _____ - _____, Freguesia: _____, Concelho: _____

E-mail: _____ NIF: _____

Educação Moral e Religiosa Católica

Pretende que o seu educando frequente Educação Moral e Religiosa Católica? Sim ☐ Não ☐

Nota: os alunos que optem por EMRC terão mais um tempo do que os restantes alunos.

Outras Informações

Pretende que o seu educando:

1. Almoce na escola: ☐ Sim ☐ Não

2. Candidatou-se à Ação Social Escolar (ASE)? Sim ☐ Não ☐

3. Utilize o transporte escolar? Sim ☐ Não ☐

Se "Sim", indique o local de embarque e desembarque: _____

Após as aulas, quem irá geralmente buscar o educando: _____

(se for o transporte do ATL, indicar o nome do ATL)

Autorizações relativas ao educando

Autoriza a participação nas atividades da **Saúde Escolar**: Sim ☐ Não ☐

Autoriza a divulgação de fotografias/vídeos no blog e redes sociais da EBSACR : Sim ☐ Não ☐

Autoriza a participação em saídas ao meio e visitas de estudo de acordo com o plano da turma de matrícula: Sim ☐ Não ☐

Necessidades Específicas

1. Apresentou requerimento para alterar o início da escolaridade obrigatória? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu "Sim": ☐ antecipação de matrícula

2. O educando tem necessidades específicas? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu "Sim", indique quais: _____

Se respondeu "Sim", entregou documentos comprovativos desta situação? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu "Sim" a ambas, indique o serviço que os elaborou: _____

Assinatura do Enc. de Educação: _____

Data: ____/____/____

Nota: os dados que constam deste impresso são apenas utilizados no contexto escolar do educando.

Verificações (a preencher pelo Estabelecimento de Ensino)

Fotocópia do Cartão de Cidadão do aluno: ☐ Sim ☐ Não

Fotocópia do Cartão de Cidadão dos pais: ☐ Sim ☐ Não

Boletim Individual de Saúde atualizado: ☐ Sim ☐ Não

Data: ____/____/____

Assinatura*: _____

*assinatura do funcionário que recebeu o boletim.