

ANO LETIVO DE 2014/2015

ESCOLA BÁSICA INTEGRADA DOS BISCOITOS

Biscoitos - Direção Regional da Educação dos Açores

Inscrição nº | | | | | | | |

Processo nº | | | | | | | |

DATA

Rubrica do Encarregado de Educação

Inscrição em ____/____/____

Admissão em ____/____/____

Renovação em ____/____/____

Renovação em ____/____/____

Foi pedido adiamento da escolaridade obrigatória em ____/____/____

Renovação em ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome Completo _____

_____, Cartão de Cidadão nº/Assento nº _____, natural de _____

concelho de _____, Nacionalidade _____

nascido em ____/____/____ Sexo (M/F) Vive com os pais? Sim Não

residente em _____

| | | | | - | | | | | _____

IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS

Nome do Pai _____

residente em _____

| | | | | - | | | | | _____

Data de Nascimento ____/____/____ Telefone | | | | | | | | | |

Habilitações _____ Profissão _____

Local de Trabalho _____ Horário de Trabalho _____

Telemóvel | | | | | | | | | | Telefone no emprego | | | | | | | | | |

Nome da Mãe _____

residente em _____

| | | | | - | | | | | _____

Data de Nascimento ____/____/____ Telefone | | | | | | | | | |

Habilitações _____ Profissão _____

Local de Trabalho _____ Horário de Trabalho _____

Telemóvel | | | | | | | | | | Telefone no emprego | | | | | | | | | |

AGREGADO FAMILIAR

Nome	Parentesco	Profissão	Data de Nascimento

IDENTIFICAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Nome _____

residente em _____

 |_|_|_|-|_|_|_| _____

Profissão _____ Parentesco _____

Telefone |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Telemóvel |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefone no emprego |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Email _____

SITUAÇÃO ANTERIOR

Frequentou Ama? Sim Não Legalizada? Sim Não

Frequentou Creche? Sim Não

Frequentou outro estabelecimento de educação pré escolar? Sim Não

Se respondeu afirmativamente, indique o nome do jardim de Infância

_____ Número de anos de frequência |_|_|

COMPONENTE DE APOIO À FAMÍLIA

Está interessado em beneficiar de auxílios económicos? Sim Não

Tem necessidade de serviço de almoço? Sim Não

Tem necessidade de prolongamento de horário? Sim Não

Das _____ às _____ Das _____ às _____

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

SAÚDE

Alergias Sim Não

Problemas específicos de saúde _____

Toma permanentemente algum medicamento? Sim Não

O Educando tem necessidades educativas especiais? Sim Não

Se respondeu afirmativamente, indique quais. _____

ESTABELECIMENTO DE EDUCAÇÃO

Idade da Criança no Ano 2014 (assinale com um X)

5 Anos	4 Anos e 3 Anos até 14/Set	3 Anos a partir de 15/Set

Ao abrigo da alínea b) do artº 24º do Decreto-Lei nº 542/79, de 31 de Dezembro, e do Despacho nº3/SEAE/2002, de 28 de Junho, são observadas as prioridades na colocação das crianças num jardim de infância "sempre que o número de lugares disponíveis para frequência for inferior ao número de inscritos". A não existência de vaga no(s) Jardim(s) mencionado(s), origina que a criança não seja admitida.

Motivo da preferência (assinale com um X)

Ordem	JARDIM DE INFÂNCIA	NEE	Pais est menores	Irmãos	Residência		Local Trabalho		Outros Motivos
					Pais	Enc. Edu.	Pais	Enc. Edu.	
1ª									
2ª									
3ª									
4ª									
5ª									

Outros Motivos _____

DADOS ADICIONAIS

Quem vem normalmente buscar a criança? _____

Quais as pessoas a quem se pode confiar a criança?

1. _____ Telefone | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
2. _____ Telefone | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
3. _____ Telefone | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
4. _____ Telefone | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

OBSERVAÇÕES

Nota: Declaro assumir inteira responsabilidade pela veracidade das declarações prestadas. A prestação de declarações falsas ou omissões relativamente à residência ou local de trabalho dos pais/encarregados de educação, invalida o direito daí decorrente.

O Encarregado de Educação,

Data ____/____/____

VERIFICAÇÕES (a preencher pelos serviços)

Apresentou Boletim Individual de Saúde actualizado? Sim Não

Cartão de Utente da Criança nº _____

Beneficiário da Segurança Social nº | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _____

Data ____/____/____ A(O) Funcionária(o) _____