

BOLETIM DE COMPLEMENTO À MATRÍCULA - 5.º ANO - ANO LETIVO 2023/2024

Nome do estabelecimento de ensino que frequentou no ano letivo anterior _____ Turma 4.º _____

DADOS DO(A) ALUNO(A) E ENCARREGADO(A) DE EDUCAÇÃO

Nome do(a) aluno(a): _____

Nome do(a) E.E.: _____

Morada do(a) E.E.: _____

Email E.E.: _____ Contatos E.E.: _____

Contatos de urgência: _____ / _____ / _____

DADOS DE SAÚDE DO(A) ALUNO(A)

Problemas específicos de saúde? Sim Não Se respondeu sim, por favor identifique qual _____

Tem restrições alimentares a registar? Sim Não Se respondeu sim, por favor identifique qual _____

Alergias? Sim Não Se respondeu sim, por favor identifique qual _____

Toma algum medicamento permanente? Sim Não Se respondeu sim, por favor identifique qual _____

Problemas de visão? Sim Não Se respondeu sim, por favor identifique qual _____

Problemas de audição? Sim Não Se respondeu sim, por favor identifique qual _____

Problemas da fala? Sim Não Se respondeu sim, por favor identifique qual _____

Grupo sanguíneo: _____ Centro de saúde _____

Nome do(a) Médico(a) de família _____

Subsistema de saúde/Seguradora: Sim Não Se respondeu sim, por favor identifique qual _____

NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAISO(A) aluno(a) tem necessidades educativas especiais de caráter permanente? Sim Não

Se respondeu sim, por favor identifique qual _____

Tem relatórios comprovativos desta situação? Sim Não De que serviço? _____**DISCIPLINA DE EDUCAÇÃO MORAL E RELIGIOSA**Pretende que o(a) seu/sua educando(a) frequente, Educação Moral e Religiosa Sim Não

IMPORTANTE: Não serão consideradas situações de anulações da frequência **depois de efetuado o respetivo Ato de Matrícula/Renovação de Matrícula**, uma vez que necessariamente se refletirá no funcionamento normal das escolas, nomeadamente na composição de turmas e nos horários dos professores. (Circular DEB n.º 28/94, de 29 de Junho).

AUTORIZAÇÕES SOBRE O(A) EDUCANDO(A)Autoriza que o(a) seu/sua educando(a) participe nas visitas de estudo ao longo do ano letivo? Sim Não Autoriza a captura de imagens, fotos e vídeos do seu educando(a) para fins pedagógicos e publicação em página web do agrupamento? Sim Não

Autoriza a saída do(a) seu/sua educando(a) nos seguintes períodos:

Todos os intervalos letivos: Sim Não / À hora do almoço: Sim Não Após última aula do dia: Sim Não Autoriza que o(a) seu/sua educando(a) participe nas visitas de estudo ao longo do ano letivo? Sim Não **ASE – AÇÃO SOCIAL ESCOLAR**Tem abono de família? Sim Não

É OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DO IMPRESSO DE CANDIDATURA AOS AUXÍLIOS ECONÓMICOS E APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE ABONO DE FAMÍLIA.

TRANSFERÊNCIA (PORTAL DAS MATRÍCULAS)No decorrer do ano letivo, caso pretenda transferência, **deve marcar o dia e hora** com os serviços administrativos da Escola Básica de Santa Bárbara – Fânzeres.

Data ____/____/____

O(A) Encarregado(a) de Educação _____