



BOM SABER – Centro de Estudos e Formação Empresarial, Lda.
Travessa Nova da Giesta, 382 4425-672 Pedrouços
Telef: 229 759 992 Telm: 939 060 505 email: bomsaber@yahoo.com
www.bomsabercentroestudos.com Facebook: bomsaber-centrodeEstudos

FÉRIAS

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nº INTERNO _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO:

Nome: _____

Morada: _____

Cód. Postal ____ - ____ Localidade: _____ Distrito: _____ Naturalidade: _____

Data Nascimº: __/__/__ Nº Cartão Cidadão: _____ Nº Contrib: _____

Nº Segurança Social: _____ Nº Utente: _____

Nº Telefone (Casa): _____ Telm(Mãe): _____ Telm(Pai): _____

Telm. Aluno: _____ Telef.(Outro) _____

Email(Pai/Mãe): _____

2. IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS ou ENCARGADO DE EDUCAÇÃO(caso não sejam os anteriores):

Nome do Pai: _____

Nº BI/CC: _____ Data de Nascimento: __/__/__ Telefone: _____ Telemóvel: _____

Profissão: _____ Entidade: _____ Contacto/s _____

Nome da Mãe: _____

Nº BI/CC:: _____ Data de Nascimento: __/__/__ Telefone: _____ Telemóvel: _____

Profissão: _____ Entidade: _____ Contacto/s _____

3. FÉRIAS:

PRAIA

ACTIVIDADES DE FÉRIAS VERÃO

FÉRIAS LETIVAS

Período(s) Pretendido(s) Data: __/__/__ a __/__/__ Data: __/__/__ a __/__/__

Data: __/__/__ a __/__/__ Data: __/__/__ a __/__/__

Manhã Tarde Dia Completo

LANCHE: Diário Ocasional Sem Lanche

ALMOÇO: TRANSPORTE:

4. REDES SOCIAIS :

Autorizo que o meu educando apareça em fotografias publicadas pelo Bom Saber nas Redes Sociais:

SIM

NÃO



BOM SABER – Centro de Estudos e Formação Empresarial, Lda.
Travessa Nova da Giesta, 382 4425-672 Pedrouços
Telef: 229 759 992 Telm: 939 060 505 email: bomsaber@yahoo.com
www.bomsabercentroestudos.com Facebook: bomsaber-centrodeEstudos

7. PESSOAS QUE FICAM RESPONSÁVEIS PELA SAÍDA DO ALUNO DA INSTITUIÇÃO:

Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____

Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____

Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____

8. SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ALUNO:

Serviço de Saúde _____ Nº BENEF./UTENTE _____

Médico de Família _____ Local _____

Quais as doenças de que o aluno sofre? _____

Já foi seguido em consulta da especialidade? _____ Qual? _____

O aluno possui boletim de vacinas devidamente actualizado de acordo com o PNV? _____

É alérgico a algum alimento? _____ Qual? _____

É alérgico a algum medicamento? _____ Qual? _____

Outras informações clínicas: _____

No caso do aluno ter temperatura, durante a sua permanência na Instituição, deseja que lhe seja administrado algum medicamento? _____ Nome do medicamento: _____

Modo de Administração: _____

9. TERMO DE RESPONSABILIDADE DE SAÍDA DA INSTITUIÇÃO:

Autorizo que o meu educando(a) se ausente do Centro de Estudos “Bom Saber” durante o seu horário no Centro de Estudos, responsabilizando-me por qualquer situação que daí possa advir.

Não autorizo que o meu educando(a) se ausente do Centro de Estudos “Bom Saber” durante o seu horário no Centro de Estudos.

Ao matricular o meu educando no Bom Saber-Centro de Estudos, Lda, tive conhecimento do Regulamento Interno e Informações, e concordo aderir aos seus princípios, responsabilizo-me por todos os dados constantes neste Impresso,

Pedrouços, _____ de _____ de 20____,

Assinatura _____ Data : ____/____/____

(Encarregado de Educação)

RESERVADO AOS SERVIÇOS

Observações: _____

Pagamento no valor de _____, ____ (Chq. Nº _____), referente a _____

Assinatura da Direção: _____ Data: ____/____/____