



## 5. VERTENTE EDUCACIONAL:

**Acompanhamento Escolar:** Ano \_\_\_\_\_ **Início previsto:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome da Escola que Frequenta: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

**Transporte:** Escola/Bom Saber Bom Saber/Casa Outro a indicar

## 6. DIFICULDADES ESPECÍFICAS DO ALUNO:

O aluno já ficou retido algum ano? \_\_\_\_\_ Em que ano/s? \_\_\_\_\_

Qual o/s motivo/s? (Coloque por favor uma cruz nas opções que na sua opinião melhor o justifique)

### NA ESCOLA:

Situação de Indisciplina nas Aulas

Inadaptação à Turma / Escola

Falta de Concentração

Esquecer Rapidamente o que Aprendeu

Não Saber Interpretar o que lhe é Solicitado

—

### FORA DA ESCOLA:

Falta de Ambiente de Estudo

Falta de Orientação nos Trabalhos de Casa

Ficar Sozinho em Casa

Outro Motivo: \_\_\_\_\_

## 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. REDES SOCIAIS :

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

**SIM**

**NÃO**

## 10. 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 de Acompanhamento Escolar, 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 de Acompanhamento Escolar.

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)

## COMPROVATIVO DE INSCRIÇÃO CENTRO DE ESTUDOS BOM SABER, LDA

O Bom Saber- Centro de estudos e Form. Emp. Lda., recebeu a ficha de inscrição do aluno,  
\_\_\_\_\_, no dia  
\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Recebido por: \_\_\_\_\_ Rubrica: \_\_\_\_\_