

1. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO:

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal _____ - _____ Localidade: _____ Distrito: _____

Naturalidade: _____ Data Nascimento: ___ / ___ / ___ N° BI/CC: _____ N° Contrib: _____

N° Telefone (Casa): _____ Telm(Pai): _____ Telm(Mãe): _____

Telm. Aluno: _____ Telef.(Outro) _____

Email: _____

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

Nome do Pai: _____

N° BI/CC: _____ Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ Telefone: _____ Telemóvel: _____

Profissão: _____ Entidade: _____ Contacto/s _____

Nome da Mãe: _____

N° BI/CC: _____ Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ Telefone: _____ Telemóvel: _____

Profissão: _____ Entidade: _____ Contacto/s _____

3. FÉRIAS:

PRAIA (De 02 Julho a 13 de Julho de 2018)

ACTIVIDADES DE FÉRIAS

Período(s) Pretendido(s) Data: ___ / ___ / 2018 a ___ / ___ / 2018 Data: ___ / ___ / 2018 a ___ / ___ / 2018

Data: ___ / ___ / 2018 a ___ / ___ / 2018 Data: ___ / ___ / 2018 a ___ / ___ / 2018

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**

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)