

ANO LETIVO DE \_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_º ANO DO \_\_\_\_º CICLO

(04.1.9)

A preencher pela Escola que recebe o pedido de Renovação de Matrícula

Processo n.º \_\_\_\_\_ Escola \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Agrupamento \_\_\_\_\_  
 N.º de formando SIGO \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (quando aplicável) Direção de Serviços da Região (DSR) \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO/A ALUNO/A**

Nome completo \_\_\_\_\_  
 portador/s do Cartão de Cidadão ou Passaporte n.º \_\_\_\_\_ validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ emitido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 nascido/a em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, natural d \_\_\_\_\_, concelho d \_\_\_\_\_  
 filho/a de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, língua materna \_\_\_\_\_  
 residente n \_\_\_\_\_ número ou lote \_\_\_\_\_  
 (Rua/Avenida/Prça) andar \_\_\_\_\_ localidade \_\_\_\_\_ código postal [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]  
 N.º de telefone \_\_\_\_\_ N.º de Ident. Fiscal (NIF) \_\_\_\_\_  
 N.º Ident. da Seg. Social (NISS) \_\_\_\_\_ N.º de Cart. de Utente de Saúde/Benef. \_\_\_\_\_  
 Subsistema de saúde/seguradora (caso se aplique): Entidade \_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO/A ENCARREGADO/A DE EDUCAÇÃO**

Pai  Mãe  Rep. legal  Outro \_\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_  
 Nome completo \_\_\_\_\_  
 residente n \_\_\_\_\_ número ou lote \_\_\_\_\_  
 (Rua/Avenida/Prça) andar \_\_\_\_\_ localidade \_\_\_\_\_ código postal [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Números de telefone \_\_\_\_\_ (Residência) \_\_\_\_\_ (Teleóvel) \_\_\_\_\_ (Trabalho)  
 E-mail \_\_\_\_\_ N.º Ident. Fiscal (NIF) \_\_\_\_\_  
 Hab. literárias \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_  
 Morada \_\_\_\_\_ (Trabalho)  
 Nacionalidade \_\_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_  
 Desenvolve a sua atividade profissional na área de influência do estabelecimento de ensino? SIM  NÃO

## SITUAÇÃO ESCOLAR DO/A ALUNO/A NO ANO LETIVO ANTERIOR

Frequentou o \_\_\_\_º Ano, Turma \_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_  
(Nome da Escola/Agrupamento)

## MUDANÇA DE ESTABELECIMENTO DE ENSINO

Vai frequentar o \_\_\_\_º Ano do Ensino Público  Privado  Indiv./Dom.

d. \_\_\_\_\_  
(Nome da Escola/Agrupamento)

No caso de não haver vaga, indique, por ordem de preferência, o nome dos estabelecimentos de ensino pretendidos:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

## OPÇÕES

### I – 3.º Ciclo:

Língua Estrangeira II:  
(assinalar apenas uma)

Alemão

Espanhol

Francês

Outra \_\_\_\_\_  
(especifique)

Oferta de Escola \_\_\_\_\_  
(de acordo com as ofertas existentes)

### II – Educação Moral e Religiosa:

SIM  NÃO

Se respondeu afirmativamente, indique a respetiva confissão \_\_\_\_\_

## AÇÃO SOCIAL ESCOLAR

Pretende apresentar candidatura:

- a admissão/continuação numa residência para estudantes?

SIM  NÃO

- aos auxílios económicos?

SIM  NÃO

- aos transportes escolares?

SIM  NÃO

### NECESSIDADES ESPECÍFICAS

O/a seu/sua educando/a frequenta a escolaridade com um Relatório Técnico-Pedagógico, tal como consta no Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho?

SIM  NÃO

Se respondeu *sim*, indique se para o/a seu/sua educando/a foi implementado um Programa Educativo Individual (PEI):

SIM  NÃO

O/a aluno/a apresenta limitações:

- No domínio da visão:

SIM  NÃO  Quais? \_\_\_\_\_

- No domínio da audição:

SIM  NÃO  Quais? \_\_\_\_\_

- No domínio da fala:

SIM  NÃO  Quais? \_\_\_\_\_

### IRMÃOS /IRMÃS

Tem irmãos /irmãs já matriculados/as neste estabelecimento de educação e ensino? SIM  NÃO

Se respondeu *sim*, indique:

• Nome \_\_\_\_\_ Ano/Turma \_\_\_\_\_

• Nome \_\_\_\_\_ Ano/Turma \_\_\_\_\_

O/a encarregado/a de educação declara ter tomado conhecimento da recolha e tratamento dos dados constantes neste boletim para fins de processamento de pedido de matrícula e de consolidação de um registo biográfico do/a aluno/a no estabelecimento de educação e ensino em que vier a ser colocado/a.

SIM  NÃO

O/a Encarregado/a de Educação assume inteira responsabilidade pela veracidade das declarações prestadas, bem como dos documentos apresentados. A prestação de falsas informações ou omissões relativamente à residência ou local de trabalho dos pais/encarregado/a de educação invalida o direito daí decorrente.

O/A Encarregado/a de Educação

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## VERIFICAÇÕES

## Apresentou:

Boletim Individual de Saúde atualizado:

SIM  NÃO N.º de Identificação da Segurança Social (NISS) N.º de Cartão de Utente de Saúde/Beneficiário Subsistema de saúde/seguradora (caso se aplique) Últimos dados relativos à composição do agregado familiar validados pela Autoridade Tributária Cartão de Cidadão Passaporte 

Outros documentos apresentados:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

a) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e selo branco do cartão)

a) Nome do Órgão competente para o efeito.

Recebi o Boletim de Renovação de Matrícula referente a:

\_\_\_\_\_

em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O/A funcionário/a

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e selo branco do cartão)