

**Agrupamento de Escolas de São João do Estoril, Cascais**
**BOLETIM DE INSCRIÇÃO | CURSOS PROFISSIONAIS**

**Curso:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Nº de Processo do aluno:**  
 \_\_\_\_\_

FOTO

Escola	Ano/Turma	Ano Letivo	Ensino Profissional
Aluno que pretende frequentar o mesmo estabelecimento de ensino <input type="checkbox"/>	Ano: _____ <sup>o</sup>	_____/____/____	Matricula <input type="checkbox"/>
Aluno que pretende frequentar o mesmo estabelecimento de ensino <input type="checkbox"/>	Turma: _____		Renovação Matricula <input type="checkbox"/>

**IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO**

**Nome completo:** \_\_\_\_\_

<b>Data de nascimento</b>	<b>Idade</b>	<b>Naturalidade</b>	<b>Nacionalidade</b>
<b>CC ou Doc. Identificação (alunos estrangeiros) N°</b>		<b>Válido até:</b> ____/____/____	
<b>NIF:</b>	<b>N° Seg. Social:</b>	<b>N° Utente:</b>	
<b>Vacina do Tétano:</b> ____/____/____		<b>Vacina válida até:</b> ____/____/____	
<b>E-mail:</b>		<b>Telemóvel:</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO ENARREGADO DE EDUCAÇÃO**

**Nome completo:** \_\_\_\_\_

**Morada:** \_\_\_\_\_

**Código Postal:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

<b>Naturalidade:</b>	<b>Nacionalidade:</b>
<b>Data de nascimento:</b>	<b>Idade:</b>
<b>CC ou Titi. Identificação (alunos estrangeiros) N°</b>	<b>Válido até:</b> ____/____/____
<b>NIF:</b>	
<b>E-mail:</b>	<b>Telemóvel:</b>

## Agrupamento de Escolas de São João do Estoril, Cascais

### FILIAÇÃO

**MÃE - Nome completo:**

**Data de nascimento:**

**Idade:**

**Naturalidade:**

**Nacionalidade:**

**Telefone:**

**Telemóvel:**

**E-mail:**

**PAI - Nome completo:**

**Data de nascimento:**

**Idade:**

**Naturalidade:**

**Nacionalidade:**

**Telefone:**

**Telemóvel:**

**E-mail:**

**TEM IRMÃOS A FREQUENTAR O AGRUPAMENTO - SIM \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_**

**Nome:**

**Nome:**

**Idade:**

**Nome:**

**Idade:**

**Transporte Escolar | Requeceu: SIM  Local de embarque: \_\_\_\_\_ NÃO**

**Subsídios da ASE | Preencheu o Boletim: SIM  NÃO**

**O aluno tem Necessidades Educativas Especiais: SIM  NÃO**

O Encarregado de Educação (ou o Aluno quando maior de 18 anos) declara, sob compromisso de honra, serem verdadeiras as declarações constantes deste Boletim.

\_\_\_\_\_

Assinatura

### VERIFICAÇÕES

**Boletim Individual de Saúde**  Tétano Válido até : \_\_/\_\_/\_\_      **NIF**       **Seg. Social**       **Nº Utente**

**C. Cidadão ou Doc. Identificação (estrangeiros)**  Válido até : \_\_/\_\_/\_\_      **O Professor/Funcionário**

\_\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_

## Agrupamento de Escolas de São João do Estoril, Cascais

## Agrupamento de Escolas de São João do Estoril, Cascais

### VERIFICAÇÕES

\_\_\_\_\_

: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Boletim Individual de Saúde      Atualizado    SIM \_\_\_\_\_    NÃO \_\_\_\_

Seg. Social:

Nº Utente

O Professor (Ou op Funcionário)

\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_