

Agrupamento de Escolas Garcia de Orta

Processo nº _____

Dados do Aluno:

Nome Completo _____
Cartão de cidadão nº /B.I nº _____, nascido em ___/___/____ natural da freguesia _____, concelho _____, Nacionalidade _____
NIF _____ NISS _____ Nº Utente _____ Subsistema saúde /seguro de saúde (caso se aplique) _____ Subsistema saúde /seguro de saúde (caso se aplique) _____
Morada _____
Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Nome do Pai _____,
NIF _____ Telemóvel _____ email _____
Nome da Mãe _____
NIF _____ Telemóvel _____ email _____

Nome do/a encarregado/a de educação _____
Cartão de cidadão nº /B.I nº _____, NIF _____ Telemóvel _____
email _____ NIB para transferência bancária (necessário em casa de despesas com seguro escolar) _____
Morada (se diferente do aluno) _____
Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Situação Escolar do Aluno:

Ano escolar que frequentou: _____ Turma: _____ Estabelecimento de ensino: _____
O aluno transitou de ano: SIM NÃO Ano escolar que vai frequentar: _____
Estabelecimento de ensino que irá frequentar _____

Comprovativo a devolver ao encarregado de educação / aluno

Estabelecimento de ensino: AGRUPAMENTO DE ESCOLAS GARCIA DE ORTA

Nome do/a aluno/a _____

Ano letivo ___/___ Data ___/___/____

Assinatura do/a funcionário/a _____

Fez entrega dos seguintes documentos: Abono de família Outros: _____ Nº ENTRADA:

Informações relativas ao agregado familiar:

Grau de parentesco Com o aluno	Nome	Profissão ou ocupação	Idade
O aluno			

Documentos a entregar

- ❖ Comprovativo de IBAN do/a aluno/a ou do/a encarregado/a de educação.
- ❖ Declaração emitida pela Segurança Social ou pelo serviço processador, na qual conste o escalão de abono de família atribuído ao/à aluno/a.
- ❖ Declaração passada pelo Centro de Emprego, no caso de o Pai e/ou a Mãe estar em situação de desemprego há mais de 3 meses e no caso de estarem abrangidos **apenas** pelo **2º escalão** do abono de família.
- ❖ Comprovativo do pedido de Reavaliação do Escalão de Rendimentos.

Termo de Responsabilidade

O/A encarregado/a de educação do/a aluno ou o/a aluno/a assume inteira responsabilidade, nos termos da lei, pela exatidão de todas as declarações constantes deste boletim e/ou de quaisquer outros documentos anexos ao mesmo. Falsas declarações implicam, para além de procedimento legal, imediato cancelamento dos subsídios atribuídos e reposição dos já recebidos.

Assinatura do Encarregado de Educação

Data ____/____/____

escrever nome de quem solicita ASE**A preencher pelos Serviços**

Escalão do abono de família: ____

Data ____/____/____

O/A Técnica/a, _____

Despacho: Incluir o/a aluno/a no escalão ____

Data ____/____/____

O Diretor, _____