

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, \_\_\_\_\_