|  |
| --- |
| **Identificação do Aluno** |
| Nome:  |
| Data de nascimento:  | Idade:  | Sexo: |
| Nacionalidade: |
| EMAIL: | Telemóvel: |

|  |
| --- |
| **Residência do Aluno** |
| Morada: |
| Código postal: | Localidade: |
| Distrito: | Concelho:  | Freguesia: |

|  |
| --- |
| **Naturalidade** |
| **No País** | **No Estrangeiro** |
| Concelho: | País: |
| Freguesia: | Cidade: |
|  | Língua materna: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Documento de Identificação** | **Cartão de Cidadão** | **Passaporte** | **Autorização de Residência** |
| **Número completo** |  |  |  |
| **Data de validade** |  |  |  |
| **Nº de Identificação da Segurança Social (NISS):** |
| **Nº de Identificação Fiscal (NIF):** |
| **Nº de Cartão de Utente de Saúde (SNS):**  |
|  |
| **Filiação** |
| **PAI** | Nome: |
| Naturalidade: | Nacionalidade: |
| Profissão: | Situação Emprego: |
| Formação Académica: |
| Cartão de Cidadão nº:  | Validade: |
| EMAIL: | Telemóvel: |
| NIF:  | Data de Nascimento: |
| Morada (se diferente da do aluno): |
| Código Postal: | Localidade: |
| Distrito: | Conselho: | Freguesia: |
| **MÃE** | Nome: |
| Naturalidade: | Nacionalidade: |
| Profissão: | Situação Emprego: |
| Formação Académica: |
| Cartão de Cidadão nº:  | Validade: |
| EMAIL: | Telemóvel: |
| NIF:  | Data de Nascimento: |
| Morada (se diferente da do aluno): |
| Código Postal: | Localidade: |
| Distrito: | Conselho: | Freguesia: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO** | Pai \_\_\_ | Mãe \_\_\_ | Outro \_\_\_ |

Se **outro**, preencher o quadro abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| **ENACARREGADO DE EDUCAÇÃO** | Nome: |
| Naturalidade: | Nacionalidade: |
| Profissão: | Situação Emprego: |
| Formação Académica: |
| Cartão de Cidadão nº:  | Validade: |
| EMAIL: | Telemóvel: |
| NIF:  | Data de Nascimento: |
| Morada (se diferente da do aluno): |
| Código Postal: | Localidade: |
| Distrito: | Conselho: | Freguesia: |

|  |
| --- |
| **SAÚDE** |
| Tipo de necessidade educativa especial devidamente identificada: |
| Motora |  | Visual |  | Auditiva |  | Fala |  | Outra – Qual? |
| Qual o seu grupo sanguíneo? |
| Sofre de alguma das seguintes doenças? |
| Asma |  | Diabetes |  | Epilepsia |  | Outra – Qual? |
| Indique os medicamentos a que é alérgico: |

|  |
| --- |
| **OBSERVAÇÕES** |
|  |

Assinatura do Encarregado de Educação ou do Aluno, quando maior de idade

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Mod. 01. E.S.C.**