



Associação de Jardins-Escolas João de Deus

Estabelecimento:

Local:

Telefone: Fax:

E-Mail:

FICHA DE AUTORIZAÇÕES PERMANENTES DE SAÍDA

(Preencha os campos com letra legível – Anexe a Declaração de Situações de Emergência)

O(A) aluno(a)

Tem autorização para sair com:

① Nome

N.º BI Parentesco

② Nome

N.º BI Parentesco

③ Nome

N.º BI Parentesco

④ Nome

N.º BI Parentesco

Observações

.....

.....

Os alunos não serão entregues a quem não esteja autorizado pela presente declaração

Data:, de de 20.....

Assinatura do Encarregado de Educação

Tomei Conhecimento

Data: Assinatura do(a) Director(a)



Associação de Jardins-Escolas João de Deus

Estabelecimento:
Local:
Telefone: Fax:
E-Mail:

Declaração de Situações de Emergência

Nome do(a) aluno(a)

▪ Em caso de **temperatura superior a** autorizo o meu educado a tomar Bem-U-Ron (indicar Sim ou Não)

▪ Em caso de **emergência** deseja ser prevenido: (assinale com uma cruz)

- Antes de ser socorrido no posto médico:
- Depois de ter sido feito o tratamento no posto médico:

Nome do parentesco a prevenir:

Telemóvel:

Telefone do serviço:

Telefone da Residência:

▪ Em caso de necessidade de recorrer ao Hospital os Pais são previamente avisados.

Doenças

▪ A criança tem alguma doença crónica como: (assinale com uma cruz)

- | | | | | | |
|-------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| - Epilepsia | <input type="checkbox"/> | - Bronquite | <input type="checkbox"/> | - Constipações frequentes | <input type="checkbox"/> |
| - Asma | <input type="checkbox"/> | - Sinusite | <input type="checkbox"/> | Convulsões: - com febre | <input type="checkbox"/> |
| - Diabetes | <input type="checkbox"/> | - Febre reumática | <input type="checkbox"/> | - Sem febre | <input type="checkbox"/> |
| - Otite | <input type="checkbox"/> | - Coração | <input type="checkbox"/> | | |
| - Outras | <input type="checkbox"/> | Quais? | | | |

▪ Qual a **medicação** em caso de **emergência** (deve ser entregue no Jardim-Escola)
..... Quais as suas manifestações?

Alergias

- Tem alguma alergia?
- Pêlo de animais Pó Pólen de flores/árvores
- Alimentos Quais?
- Outros Medicamentos Quais
- Sofre de irritação da pele? De que tipo

▪ Observações gerais

▪ Actividades em que os Pais estão disponíveis para colaborar com o Jardim-Escola (como por exemplo falar sobre a sua profissão para os alunos, organização de visitas de estudo, conferências para os outros Pais, etc.)



Associação de Jardins-Escola João de Deus

Jardim-Escola João de Deus de Coimbra I

Alameda Júlio Henriques • 3000-457 COIMBRA

Telef.: 239 716 984 • Fax: 239 717 101 • E-Mail: coimbra1@escolasjoodeus.pt

FICHA DE ADMISSÃO DE ALUNO

(Por favor preencha com letra bem legível)

(a preencher pelos serviços)

Data da Pré-Inscrição:/...../..... Data de Admissão:/...../..... Ano Lectivo:/.....

Valência: Bibe: Ano: Turma: N.º de Aluno(a):

Data da Saída:/...../..... Nível de Escolaridade:

Fotografia

Identificação do(a) Aluno(a)

Nome (completo):

Registo de Nascimento na Conservatória: Assento N.º: Sexo: F..... M.....

Data de Nascimento:/...../..... N.º BI: Data de Emissão:

Local de Emissão do BI: N.º de Identif. Segurança Social (NISS):

N.º de Utente (Min. Saúde): Contribuinte N.º: Bairro Fiscal:

Residência:

Código Postal: -

Localidade: Freguesia: Concelho: Distrito:

Naturalidade: Freguesia: Concelho: Distrito:

Nacionalidade do Pai: Nacionalidade da Mãe:

Encarregado de Educação: Pai: Mãe: Outro (quem?):

Informação Familiar Complementar

N.º de irmãos: mais velhos: mais novos: com a mesma idade: Algum frequenta um Jardim-Escola desta Instituição? Em caso afirmativo qual?

Identificação do Pai

Nome (completo):

Estado Civil: BI N.º: Data de Emissão: Local de Emissão:

Residência:

Código Postal: -

Localidade: Freguesia: Concelho: Distrito:

Naturalidade: Freguesia: Concelho: Distrito:

Telemóvel: Telef. da Residência: Telef. do Serviço:

Telefone de Recurso: E-Mail:

Profissão: Categoria Profissional:

Empresa/Instituição: Local do Serviço:

Contribuinte N.º: N.º de Identif. da Segurança Social:

Identificação da Mãe

Nome (completo):
Estado Civil: BI N.º: Data de Emissão: Local de Emissão:
Residência:
Código Postal: -
Localidade: Freguesia: Concelho: Distrito:
Naturalidade: Freguesia: Concelho: Distrito:
Telemóvel: Telef. da Residência: Telef. do Serviço:
Telefone de Recurso: E-Mail:
Profissão: Categoria Profissional:
Empresa/Instituição: Local do Serviço:
Contribuinte N.º: N.º de Identif. da Segurança Social:

Encarregado de Educação (Quando diferente do Pai ou Mãe)

Nome (completo):
Estado Civil: Grau de Parentesco com o aluno:
BI N.º: Data de Emissão: Local de Emissão:
Residência:
Código Postal: -
Localidade: Freguesia: Concelho: Distrito:
Naturalidade: Freguesia: Concelho: Distrito:
Telemóvel: Telef. da Residência: Telef. do Serviço:
Telefone de Recurso: E-Mail:
Profissão: Categoria Profissional:
Empresa/Instituição: Local do Serviço:
Contribuinte N.º: N.º de Identif. da Segurança Social:

Elementos necessários para o cálculo da comparticipação familiar

- N.º de pessoas do agregado familiar:
- Declaração de Rendimento para efeitos fiscais do agregado familiar (Modelo 3).
- Nota de Liquidação dos Modelos 3 (entregues).
- Acordo de poder paternal (se aplicável).
- Recibo da renda de casa (contendo o n.º de contribuinte do senhorio, sem o qual não pode ser considerado).
- Rendimentos anuais auferidos:
 - Pelo Pai: - Pela Mãe:
 - Por outros membros do agregado familiar (que vivam em comunhão de mesa e habitação):
- Percentagem de responsabilidade atribuída no acordo de poder paternal (se aplicável):
 - Pai: % - Mãe: % - Outro (qual?): %
- Outros rendimentos do agregado familiar, não obrigatórios de inclusão na declaração de rendimentos, tais como:
 - Subsídios da Segurança Social:
 - Pensões:
 - Subsídio de desemprego:
 - Outro (qual?):

Data: / /

Assinatura do Encarregado de Educação: