

Ano Escolar: 20\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

Nº de Receção: \_\_\_\_\_

Nome do Estabelecimento de Ensino:

DGEstE:

Câmara Municipal de:

**DADOS DO PRESENTE ANO LETIVO:**

Agrupamento de Escolas que frequenta:

Escola:

Localidade:

Freguesia:

Concelho:

Ano/Turma que frequenta:

Ano que irá frequentar:

Vai frequentar o mesmo Estabelecimento de Ensino ? Sim  Não

Se **NÃO**, para qual vai ?

Localidade:

Nome do Aluno:

Data de Nascimento:

Natural da Freguesia:

Concelho:

Distrito:

Morada do Aluno:

Código Postal:

Localidade:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Encarregado de Educação: Mãe:  Pai:  Outro:  Qual:

Morada (se for diferente do aluno):

Código Postal:

Localidade:

Telefone:

Telemóvel:

**Informação do SASE:**

Escalão de Subsidiado: \_\_\_\_\_

Ano e Turma que frequenta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Assinatura do Func. ASE \_\_\_\_\_



AFONSO DE PAIVA

Recibo N.º \_\_\_\_\_

DESTACÁVEL PARA DEVOLVER AO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO / ALUNO

PREENCHER O VERSO s.f.f. →

## AGREGADO FAMILIAR DO ALUNO

(Conjunto de pessoas que vivem em comunhão de habitação e rendimentos)

GRAU DE PARENTESCO COM O ALUNO	NOME	IDADE	Profissão ou Ocupação Remunerada Escolas/J. Infância Frequentados	POR CONTA PRÓPRIA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Número de pessoas que compõem o agregado familiar: \_\_\_\_\_

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

O Encarregado de Educação assume total responsabilidade, nos termos da Lei, pela exatidão das declarações prestadas neste Boletim. A omissão ou prestação de falsas declarações implicam a anulação da candidatura e a reposição dos subsídios entretanto recebidos.

O Encarregado de Educação

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

Escalão de ABONO DE FAMÍLIA:

1

2

3

Nota: **Confirmação obrigatória dos Abonos de Família por documento emitido pela Segurança Social ou por Serviço Processador da Administração Pública.**

Homologação do Diretor / Presidente da Câmara

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

Nome do Aluno: \_\_\_\_\_

Ano Letivo: 20\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

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

Assinatura do Funcionário \_\_\_\_\_