



Escola Profissional Perpétuo Socorro

Rua de Costa Cabral, 128 4200-208 PORTO

Telef. 22 5095043/4

Fax nº 22 5029724

Fax-mail: 22 0000149

E-mail: geral@epps.edu.pt

Web: www.epps.edu.pt

Foto

BOLETIM DE MATRÍCULA

ANO LECTIVO ____/____

Nº PROCESSO _____

CURSO _____

ANO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome completo _____

Natural da Freguesia _____ Concelho _____ Distrito _____

Data de Nascimento ____/____/____ BI/CC nº _____, de ____/____/____ Arquivo de

Identificação de _____ Nº Contribuinte _____ Morada _____

Localidade _____ C.Postal _____

Telefone _____ Telemóvel aluno _____ e-mail _____

NIB _____ Filho de _____

Profissão _____ Telemóvel _____ e de _____

Profissão _____ Telemóvel _____

Escalão do Abono: _____ Atestado de Residência:

Sim

Não

IDENTIFICAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Nome completo _____ Profissão _____

Residente _____ Localidade _____

Cód. Postal _____ Telefone Residência _____ Telefone do local de trabalho _____

Telemóvel _____ Grau de Parentesco _____

SITUAÇÃO ESCOLAR DO ALUNO NO ANO ANTERIOR

(a preencher pelos candidatos do 1º ano)

Escola frequentada _____ Frequentou o ____º ano do curso

_____ na turma _____

Em regime de ensino diurno/noturno (cortar o que não interessa) Língua estrangeira frequentada no 5º ano

de escolaridade _____.

Teve apoio no âmbito da
Educação especial?

Sim

Língua estrangeira:

Iniciada no 5º ano

Iniciada no 7º ano

Não

Iniciada no 10º ano



CENTRO DE CARIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO

Instituição de Utilidade Pública Administrativa
Membro Honorário da Ordem de Benemerência





Escola Profissional Perpétuo Socorro

Rua de Costa Cabral, 128 4200-208 PORTO

Telef. 22 5095043/4

Fax nº 22 5029724

Fax-mail: 22 0000149

E-mail: geral@epps.edu.pt

Web: www.epps.edu.pt

Ao matricular-me na Escola Profissional N^a S^a Perpétuo Socorro, assumo o compromisso de respeitar o Regulamento Interno, bem como cuidar e conservar o material que vou utilizar.

O aluno: _____

O Encarregado de Educação ou aluno, quando maior de 18 anos, declara, sob compromisso de honra, serem verdadeiras as declarações constantes deste boletim.

DATA ____/____/____

(assinatura)

VERIFICAÇÕES

Boletim individual de saúde : **Actualizado**

Sim

Não

Cartão do utente nº _____

Bilhete de Identidade/ cartão de cidadão:

Confirmo que o Aluno se encontra em condições de frequentar o Curso/ Ano pretendido.

Data ____/____/____

A Funcionária

Tramitação do processo: Escola _____

Autorização de matrícula em ____/____/____

Nota: Esta matrícula está condicionada:

À apresentação do certificado de habilitações do 9º ano

