

Matrícula

Ano Letivo ____/____ Data ____/____/____ N.º Sócio ____

Nome da Criança _____

Nacionalidade _____ **N.I.F.** _____

Data de Nascimento __/__/____ **Naturalidade** _____

Morada _____

Código Postal ____/____ **Telefone** _____

Nome da Professora _____ ano

Nome do Pai _____

Nacionalidade _____

Profissão _____ **Firma** _____ **Telefone** _____

Nome da Mãe _____

Nacionalidade _____

Profissão _____ **Firma** _____ **Telefone** _____

Encarregado de Educação _____

Nacionalidade _____

Morada _____

Código Postal ____/____ _____

Telefone útil a contactar _____

E- Mail _____

Horário pretendido: Das ____ às ____ e das ____ às ____

Tem Alergias? _____ **Quais?** _____

A quem podemos entregar o seu filho?

_____ **Telefone** _____

_____ **Telefone** _____

Tem irmão a frequentar este A.T.L.? Sim ____ Não ____

Nome _____

Data de Nascimento __/__/____ **Nome da Professora** _____