


S.  R.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
DIRECÇÃO REGIONAL DE EDUCAÇÃO DO CENTRO
AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DO CONCELHO DE VILA NOVA DE POIARES
Código 345751 - Contribuinte N.º 600 018 067

SEDE: ESCOLA E. B. 2,3/S DR DANIEL DE MATOS
Telefone 239 429 410 / 411 - Fax 239 422 602
Apartado 31 • 3350-909 VILA NOVA DE POIARES

Verificação de Vacinas

Exm^o (a). Senhor(a):

Encarregado(a) de Educação:

Como é do conhecimento de V^a. Ex^a. um dos documentos exigidos para a renovação de matrícula é o Boletim Individual de Saúde (BIS).


Solicitamos, assim, que se dirija ao respetivo Centro de Saúde acompanhando o seu educando/a a fim de ser feita uma avaliação global de saúde e a confirmação do calendário vacinal. Para o efeito, agradece-se que seja assinado e carimbado por aqueles serviços o respetivo comprovativo que se anexa.

Vila Nova de Poiares, 19 de Abril de 2017


A Diretora,

(Lic.ª M^{te} Eduarda F.S.R. Carvalho)



S.  R.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
DIRECÇÃO REGIONAL DE EDUCAÇÃO DO CENTRO
AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DO CONCELHO DE VILA NOVA DE POIARES
Código 345751 - Contribuinte N.º 600 018 067

SEDE: ESCOLA E. B. 2,3/S DR DANIEL DE MATOS
Telefone 239 429 410 / 411 - Fax 239 422 602
Apartado 31 • 3350-909 VILA NOVA DE POIARES

Verificação de Vacinas

SERVIÇO DE MATRÍCULAS

PARA O ANO LECTIVO DE 2017/2018

Para efeitos de matrícula se declara que o aluno/a(*) _____ tem o calendário vacinal em ordem.

Vila Nova de Poiares, ____ de _____ de 2017

O Centro de Saúde

(Assinatura do Responsável autenticada com carimbo)

(*) A PREENCHER PELO ALUNO OU ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO E ENTREGAR NO ATO DE MATRÍCULA.