



SECRETARIA REGIONAL DA EDUCAÇÃO
Direção Regional da Educação
ESCOLA BÁSICA INTEGRADA DA HORTA

Boletim de Matrícula 2º Ciclo

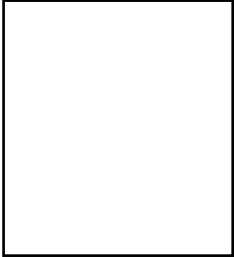
ANO LETIVO 20__ / 20__	
Escola Básica Integrada da Horta Localidade: Horta	
Ano: ____º - Turma: ____ Curso : _____	

Foto aluno

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO		
Processo Nº _____	NIF: _____	Nº Segurança Social: _____
Nome: _____		
Nº Cartão Cidadão: _____ - _____ (Dígitos de controlo)	Validade: ____ / ____ / _____	
Natural de: _____	Concelho: _____	
Data Nascimento: ____ / ____ / _____	Idade: ____ anos	
Morada: _____ _____		
Freguesia: _____	Código Postal: _____ - _____	
Telefone/Telemóvel: _____	Email: _____	

FILIAÇÃO	
Nome do Pai : _____	
Nº Cartão Cidadão: _____ - _____ (Dígitos de controlo)	Validade: ____ / ____ / _____
NIF: _____	Data Nascimento: ____ / ____ / _____ Naturalidade: _____
Telefone/Telemóvel: _____	Email: _____
Nome da Mãe: _____	
Nº Cartão Cidadão: _____ - _____ (Dígitos de controlo)	Validade: ____ / ____ / _____
NIF: _____	Data Nascimento: ____ / ____ / _____ Naturalidade: _____
Telefone/Telemóvel: _____	Email: _____



SECRETARIA REGIONAL DA EDUCAÇÃO
Direção Regional da Educação
ESCOLA BÁSICA INTEGRADA DA HORTA

ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Nome completo: _____
Nº Cartão Cidadão: _____ - _____ (Dígitos de controlo) Validade: ____ / ____ / ____
NIF: _____ Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Naturalidade: _____
Morada: _____
Freguesia: _____ Código Postal: _____ - _____
Telefone/Telemóvel: _____ Email: _____
Grau de Parentesco: _____ IBAN: _____

SITUAÇÃO ESCOLAR DO ALUNO NO ANO ANTERIOR

☐ Frequentou o ____º ano, Turma _____
na Escola _____

Declaro para os efeitos previstos no disposto no art.º 13.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (EU)2016/679 do P. E. e do Conselho de 27 de abril (RGPD) prestar, por este meio, o meu consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais acima indicados bem como os do meu educando para efeitos pedagógicos e de gestão escolar.

A presente declaração constitui título bastante para conferir autorização para o tratamento dos meus dados pessoais, assim como do meu educando no âmbito do Sistema de Gestão Escolar para fins de suporte de decisão pedagógica e administrativa da escola e da tutela. Tomei conhecimento de que a falta de consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais terá como resultado a falta da verificação dos pressupostos exigidos para exercer a figura de encarregado de educação, assim como para o meu educando poder ser, devidamente, matriculado em unidade orgânica do sistema educativo regional.

(Assinatura do Pai, Conforme consta no Cartão de Cidadão)

(Assinatura da Mãe, Conforme consta no Cartão de Cidadão)

(Assinatura do Encarregado de Educação, Conforme consta no Cartão de Cidadão)

Recebi o Boletim de Matrícula referente a: _____

Em ____ / ____ / ____

O Assistente Técnico:

(Assinatura)



SECRETARIA REGIONAL DA EDUCAÇÃO
Direção Regional da Educação
ESCOLA BÁSICA INTEGRADA DA HORTA

AÇÃO SOCIAL ESCOLAR

Pretende que o seu educando:

A) Beneficie de auxílios económicos? Sim ____ Não ____

B) Beneficie de transporte escolar (de acordo com o DLR nº 18/2007/A, artigo 132º)? Sim ____ Não ____

Local de embarque: _____

NECESSIDADES EDUCATIVAS DE CARÁCTER PROLONGADO

O aluno beneficia de medida(s) educativa(s) especial(ais)? Sim ____ Não ____

Se respondeu afirmativamente especifique-as: _____

VERIFICAÇÕES – A PREENCHER PELA ESCOLA

Apresentou o Boletim Individual de Saúde atualizado? Sim ____ Não ____

Apresentou Cartão de Identificação do aluno? Sim ____ Não ____

Apresentou Cópia do Cartão de Subsistema de Saúde do aluno? Sim ____ Não ____

Apresentou Fotografia Tipo Passe? Sim ____ Não ____

Data ____/____/____

a) _____

a) Nome do órgão competente para o efeito

(Assinatura e selo Branco ou carimbo)

AUTORIZAÇÕES

☐ Autoriza o seu educando a Entrar/Sair Livremente

☐ Autoriza a saída ao último tempo

☐ Autoriza o seu educando a sair há hora de almoço: Seg. ____ Ter. ____ Qua. ____ Qui. ____ Sex. ____

☐ Autoriza a saída em Furo

☐ Autoriza a saída se acompanhado

Autoriza o seu educando a participar nas atividades de saúde escolar? Sim ____ Não ____



SECRETARIA REGIONAL DA EDUCAÇÃO
Direção Regional da Educação
ESCOLA BÁSICA INTEGRADA DA HORTA

DADOS DE SAÚDE		
Tem problemas de saúde?	Sim___ Não ___	Qual? _____
Toma algum medicamento?	Sim___ Não ___	Qual? _____
Tem Problemas de audição/Visão?	Sim___ Não ___	Qual? _____
O aluno beneficiou de Intervenção Precoce?	Sim___ Não ___	

DADOS PARA MATRÍCULA		
- O aluno tem irmão(s) a frequentar esta Unidade Orgânica?	Sim___ Não ___	(Se sim indique quais)
Nome do Irmão: _____	Ano: ___ Turma: ___	Escola _____
Nome do Irmão: _____	Ano: ___ Turma: ___	Escola _____
Nome do Irmão: _____	Ano: ___ Turma: ___	Escola _____
Nome do Irmão: _____	Ano: ___ Turma: ___	Escola _____

Confirmando as declarações acima apresentadas e declaro que conheço e cumprirei integralmente o estatuto do aluno e o Regulamento Interno da Unidade Orgânica.	
O Encarregado de educação, ____/____/____	_____ (Assinatura do Enc. Educação)