



SECRETARIA REGIONAL DA EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTO  
Direção Regional da Educação e Administração Educativa  
ESCOLA BÁSICA INTEGRADA DA HORTA

**Boletim de Matrícula Educação Pré-Escolar**

<b>ANO LETIVO 20__ / 20__</b>		Foto aluno
(a preencher pelos Serviços Administrativos)		
MATRÍCULA Nº _____		
Pré-Escolar - Turma: _____	Escola: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO		
Processo Nº _____	Nome: _____	
Data Nascimento: ____/____/____	Idade (até 15 de setembro): ____ anos	
NIF: _____	Nº Segurança Social: _____	
Nº Cartão Cidadão: _____ - _____ (Dígitos de controlo)	Validade: ____/____/____	
Nacionalidade: _____	Naturalidade: _____	
Morada: _____ _____		
Concelho: _____	Freguesia: _____	Código Postal: _____ - _____

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



**SECRETARIA REGIONAL DA EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTO**  
**Direção Regional da Educação e Administração Educativa**  
**ESCOLA BÁSICA INTEGRADA DA HORTA**

**FILIAÇÃO**

**Nome do Pai :** \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Telefone/Telemóvel: \_\_\_\_\_

Formação académica: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Situação de emprego: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº Cartão Cidadão: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (Dígitos de controlo) Validade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

**Nome da Mãe:** \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Telefone/Telemóvel: \_\_\_\_\_

Formação académica: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Situação de emprego: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº Cartão Cidadão: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (Dígitos de controlo) Validade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

**SITUAÇÃO ESCOLAR DO ALUNO NO ANO ANTERIOR**

Frequentou a Instituição/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 ao aluno: \_\_\_\_\_

Em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

O Assistente Técnico:

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)



SECRETARIA REGIONAL DA EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTO  
Direção Regional da Educação e Administração Educativa  
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 CARÁTER PROLONGADO**

O aluno beneficia de medida(s) de suporte à aprendizagem e à inclusão?

Sim

Não

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DADOS DE SAÚDE**

Nº de utente de saúde: \_\_\_\_\_ Subsistema de saúde nº: \_\_\_\_\_

Tem problemas de saúde? Sim Não Qual? \_\_\_\_\_

Toma algum medicamento? Sim  Não  Qual? \_\_\_\_\_

Tem problemas de audição/visão? Sim  Não  Qual? \_\_\_\_\_

O aluno tem alguma alergia/intolerância alimentar? Sim  Não  Qual? \_\_\_\_\_

**Em caso afirmativo, o EE deverá apresentar no ato da matrícula a declaração médica relativa alergia/limitação alimentar.**

O aluno beneficiou de Intervenção Precoce? Sim  Não

**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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Assistente Técnico:

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)



**SECRETARIA REGIONAL DA EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTO**  
**Direção Regional da Educação e Administração Educativa**  
**ESCOLA BÁSICA INTEGRADA DA HORTA**

**DADOS PARA MATRÍCULA**

\*Qual a escola onde pretende matricular o seu educando?

\_\_\_\_\_ EB 1/JI de Pedro Miguel

\_\_\_\_\_ EB 1/JI Flamengos

\_\_\_\_\_ EB 1/JI do Pasteleiro

\_\_\_\_\_ EB 1/JI dos Cedros

\_\_\_\_\_ EB 1/JI da Vista Alegre

\_\_\_\_\_ EB1/JI Capelo e Praia do Norte

\_\_\_\_\_ EB JI da Praia do Almoxarife

\_\_\_\_\_ EB 1/JI Castelo Branco

\_\_\_\_\_ EB1/JI da Feteira

\*Indique, através de numeração, três prioridades das escolas pretendidas (1ª, 2ª e 3ª prioridade)

- O aluno tem irmão(s) a frequentar esta Unidade Orgânica? Sim  Não  (Se sim, identifique-os abaixo)

Nome do Irmão: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_ Turma: \_\_\_ Escola \_\_\_\_\_

Nome do Irmão: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_ Turma: \_\_\_ Escola \_\_\_\_\_

Nome do Irmão: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_ Turma: \_\_\_ Escola \_\_\_\_\_

Nome do Irmão: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_ Turma: \_\_\_ Escola \_\_\_\_\_

**PUBLICAÇÃO DE IMAGENS**

As fotografias registadas no âmbito das atividades escolares poderão ser reproduzidas em qualquer suporte. As imagens captadas em vídeo poderão, de igual modo, ser utilizadas para qualquer divulgação do trabalho da escola, através da sua página WEB ou da sua participação nas redes sociais.

Autoriza a utilização das fotografias e das imagens captadas durante as atividades escolares que envolvam o seu educando?

Autoriza

Não autoriza

**AUTORIZAÇÕES**

Autoriza o seu educando a sair à hora de almoço:  Sim  Não

Se sim, nome do(s) acompanhante(s): \_\_\_\_\_;

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

Confirmo 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)