

### Boletim de matrícula - Ensino Básico

Ano Letivo: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Matrícula no \_\_\_\_º ano do \_\_\_\_º Ciclo

Inscrição nº

Processo nº

#### IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome completo: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Língua Materna \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Cédula/CC: \_\_\_\_\_

Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº de Identificação Fiscal (NIF) \_\_\_\_\_

NISS: \_\_\_\_\_ Nº de Cartão de Utente de Saúde/Beneficiário \_\_\_\_\_

Subsistema de saúde/seguradora (caso se aplique): Entidade: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Freguesia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO DO PAI

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ BI/CC: \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Freguesia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_

Contatos: Telefone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Telefone Trabalho: \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

Nome Completo da Mãe: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ BI/CC: \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Freguesia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_

Contatos: Telefone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Telefone Trabalho: \_\_\_\_\_

#### DADOS DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Freguesia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_

Contatos: Telefone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Telefone Trabalho: \_\_\_\_\_

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 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)

#### SITUAÇÃO ANTERIOR À ENTRADA NA ESCOLA

Educação Pré-Escolar: SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_

Se respondeu afirmativamente, indique o nome da Escola: \_\_\_\_\_

e o número de anos de frequência \_\_\_\_\_.

#### MATRÍCULA PRETENDIDA

##### 1º Ciclo do Ensino Básico

Educação moral e religiosa ☐ Se escolheu esta opção, diga qual a confissão: \_\_\_\_\_

Atividades de Apoio à Aprendizagem (a) (b) ☐

(a) Opcional

(b) As Atividades de Apoio à Aprendizagem são de oferta obrigatória e de frequência facultativa, assentam em metodologias de diferenciação pedagógica, integradas no contexto das medidas de suporte à aprendizagem das várias componentes de currículo.

#### AÇÃO SOCIAL ESCOLAR

Pretende que o seu educando:

a) Beneficie de auxílios económicos? SIM \_\_ NÃO \_\_

b) Utilize o transporte escolar? SIM \_\_ NÃO \_\_ Local de (des)embarque \_\_\_\_\_

#### NECESSIDADES EDUCATIVAS DE CARÁTER PROLONGADO

1. O educando apresentou requerimento para alterar o início da escolaridade obrigatória? SIM \_\_ NÃO \_\_

Se respondeu afirmativamente, assinale com um x se foi por: antecipação \_\_ adiamento \_\_

2. O educando tem necessidades educativas especiais? SIM \_\_ NÃO \_\_

Se respondeu afirmativamente, indique quais \_\_\_\_\_

2.1. Entregou documentos comprovativos desta situação? SIM \_\_ NÃO \_\_

Se respondeu afirmativamente, indique qual o serviço que os elaborou: \_\_\_\_\_

Irmãos a frequentar a mesma escola: \_\_ Não \_\_ Sim / Ano \_\_\_\_\_

#### AUTORIZAÇÕES RECINTO ESCOLAR

Autoriza entrada/saída livre SIM \_\_ NÃO \_\_

Autoriza saída hora de almoço SIM \_\_ NÃO \_\_

Autoriza saída último tempo SIM \_\_ NÃO \_\_

Autoriza saída em furos SIM \_\_ NÃO \_\_

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Para as finalidades a seguir listadas necessitamos do seu consentimento. Este consentimento nunca é obrigatório, não compromete a prestação dos serviços educativos e poderá ser retirado a qualquer momento dirigindo-se aos Serviços Administrativos da EBS da Calheta.

### TRATAMENTO DE IMAGEM E SOM

1. Autorizo a recolha e tratamento de imagem do meu educando para o cartão de aluno e para as relações de turma.  
SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_
2. Autorizo a captação e processamento de som e imagem do meu educando durante as atividades escolares e desportivas e eventos da EBS da Calheta, e a sua divulgação em:  
☐ Na página Web da escola e nos sítios oficiais da Direção Regional da Educação (por exemplo, sítio do ProSucesso).  
☐ No espaço escolar (por exemplo, painéis, jornal escolar).

### TRATAMENTO DE CATEGORIAS ESPECIAIS DE DADOS PESSOAIS

Autorizo que a EBS da Calheta proceda ao tratamento dos dados de saúde do meu educando relativamente a alergias e hábitos alimentares, necessidades medicamentosas e a outros dados relacionados com a saúde.  
SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_

### SAÚDE ESCOLAR

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, informam-se todos os encarregados de educação que:

- Caso o aluno tenha necessidade imprescindível de tomar medicamentos durante o horário de frequência no estabelecimento de educação e ensino, os pais/encarregados de educação deverão comunicar ao educador ou ao diretor de turma, por escrito, a dosagem e o horário de administração dos mesmos, bem como qualquer outra informação que entendam pertinente (conforme o regulamento interno).

Reações alérgicas (contra indicações conhecidas a medicamentos):

SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_

Se sim, quais: \_\_\_\_\_

☐ Autorizo

☐ Não Autorizo

## SAÚDE ESCOLAR

### Programa Regional de Saúde Escolar e Saúde Infanto-juvenil (PRSESIJ)

O PRSESIJ, implementado pela Direção Regional da Saúde em parceria com a Direção Regional da Educação, é um programa de Educação para a Saúde, que tem vindo a contribuir para a elevação do nível educacional e de saúde da comunidade escolar açoriana.

Atendendo à necessidade do cumprimento do Programa, é necessária a realização de ações de vigilância e proteção da saúde, paralelamente com a aquisição de conhecimentos e competências em educação para a saúde. Tais ações são realizadas por técnicos qualificados das áreas da Educação e Saúde, das respetivas Equipas de Saúde Escolar, nomeadas para o efeito.

Como tal, solicita-se a V. Exa. autorização para a avaliação de parâmetros de saúde estabelecidos (exame global de saúde – consulta médica e rastreios – visão, oral, audiologia e saúde, sob carácter sigiloso) e para a participação do seu educando nas diversas atividades de promoção e sensibilização da saúde em meio escolar, a decorrer durante o ano letivo vigente.

☐ Autorizo

☐ Não Autorizo

Confirmo as declarações acima apresentadas e declaro que conheço, concordo e cumprirei integralmente o Estatuto do Aluno e o Regulamento Interno da Unidade Orgânica. Declaro, ainda, ter expresso o meu consentimento conforme acima assinalado.

Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### VERIFICAÇÕES

Declaração da USISJ do Boletim Individual de Saúde atualizado: \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não

Segurança Social: Beneficiário Nº \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura ou carimbo)

Certifica-se que \_\_\_\_\_  
foi matriculado/a no \_\_\_\_\_  
no ano letivo de \_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do órgão competente e carimbo)