

Boletim de Matrícula – Educação Pré-Escolar

Ano Letivo: ____ - ____

Inscrição n.º

Foi pedido adiamento/antecipação da escolaridade obrigatória em ____/____/____.

Motivo _____

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome completo: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Língua Materna _____

Naturalidade: _____ Cédula/CC (com dígito de controlo): _____

Validade: ____/____/____ N.º de Identificação Fiscal (NIF) _____

NISS: _____ N.º de Cartão de Utente de Saúde/Beneficiário _____

Subsistema de saúde/seguradora (caso se aplique): Entidade: _____ n.º _____

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: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ NIF: _____ BI/CC: _____

Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____

Morada: _____

Freguesia: _____ Código Postal: _____ - _____ Concelho: _____

Contatos: Telefone: _____ Email: _____

Local de Trabalho: _____ Telefone Trabalho: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ENCARGADO 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)

IRMÃOS/ÃS

Tem irmãos/ãs já matriculados neste estabelecimento de educação e de ensino? SIM __ NÃO __

Qual? _____ Nome do/a aluno/a e ano de escolaridade _____

Qual? _____ Nome do/a aluno/a e ano de escolaridade _____

DADOS ADICIONAIS

Normalmente, quem vem buscar a criança? _____

Quais as pessoas a quem se pode confiar a criança?

1. _____

2. _____

3. _____

CONTATOS EM CASO DE URGÊNCIA

1. Nome _____

Telefone _____ telemóvel _____

2. Nome _____

Telefone _____ telemóvel _____

SAÚDE

Problemas específicos de saúde: SIM __ NÃO __ Quais? _____

Alergias: _____

Toma algum medicamento permanentemente? SIM __ NÃO __ Qual? _____

NECESSIDADES EDUCATIVAS DE CARÁTER PROLONGADO

O seu educando beneficia de medidas do Regime Educativo Especial? SIM __ NÃO __

Se respondeu afirmativamente, especifique-a(s): _____

SITUAÇÃO NO ANO LETIVO ANTERIOR

Frequentou ama? SIM __ NÃO __

Frequentou creche? SIM __ NÃO __

Frequentou educação pré-escolar? SIM __ NÃO __

Em que estabelecimento? _____

ATIVIDADES DE ANIMAÇÃO E DE APOIO À FAMÍLIA

Necessita de serviço de almoço? SIM __ NÃO __

Necessita de prolongamento de horário? SIM __ NÃO __ Das ____ às ____.

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

VERIFICAÇÕES (a preencher pelos Serviços Administrativos)

Declaração comprovativa do Boletim de Saúde atualizado: ____ Sim ____ Não

Outros documentos apresentados: _____

Data: __/__/__ O/A funcionário/a _____

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: __/__/__

Certifica-se que _____
Foi matriculado/a no _____
no ano letivo de ____/____.

(Assinatura do órgão competente e carimbo)