

Dados Complementares à Matrícula

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO			MATRÍCULA 1º ANO ANO LETIVO /
Nome	Data de nascimento / /		
Estabelecimento <i>(que frequenta)</i>	N.º de processo	Naturalidade	

Cartão de cidadão n.º <i>(indicar os dígitos e letras)</i>	NIF:	Conferido O Assistente Técnico
Validade / /		

COMPLETE OS DADOS RELATIVOS AO SEU EDUCANDO

<p>1. Divulgação de imagem</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo a divulgação de imagens do meu educando</p> <p><input type="checkbox"/> Não autorizo a divulgação de imagens do meu educando</p>
<p>2. Proteção de dados</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo a criação de uma conta Google (institucional) para o meu educando</p> <p><input type="checkbox"/> Não autorizo a criação de conta Google (institucional) para o meu educando</p>
<p>3. Seguro escolar (Portaria n.º 413/99 de 8 de junho)</p> <p><input type="checkbox"/> Conheço os procedimentos relativos ao Seguro Escolar e a legislação de suporte à mesma</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho subsistema de saúde/ seguro de saúde complementar e entrego fotocópia do cartão</p>
<p>4. Candidatura a Auxílios económicos <i>(através de documento disponibilizado pelo Educador e, posteriormente, na plataforma SIGA - CMB)</i></p>
<p>5. Pré-inscrição em atividades de enriquecimento curricular (AEC)</p> <p><input type="checkbox"/> Pretendo que frequente as AEC</p> <p><input type="checkbox"/> Não pretendo que frequente as AEC</p>
<p>6. Atividades da Componente de Apoio à família (CAF) – <i>(inscrição obrigatória na plataforma SIGA – CMB e na JF)</i></p>
<p>7. Administração de paracetamol</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo a administração de <input type="text"/> ml, ou <input type="text"/> mg de paracetamol ao meu educando, o qual não apresenta alergia ao princípio ativo do medicamento. <i>(OBRIGATÓRIO indicar dosagem)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Não autorizo a administração de qualquer medicamento ao meu educando.</p>
<p>8. Administração de flúor</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo a administração de flúor</p> <p><input type="checkbox"/> Não autorizo a administração de flúor</p>

9. Autorização de saída – atividades do PAA

- Autorizo a participação nas atividades fora do recinto escolar
 Não autorizo a participação nas atividades fora do recinto escolar

10. Requisição de Equipamento

1. Requisição de boné – Quantidade
2. Requisição de t-shirt – tamanho (indicar a quantidade)

S M L XL

11. Leite Escolar – preferência

- Leite Branco Leite sem lactose (*OBRIGATÓRIO Declaração médica*)

12. Dados pessoais da Mãe

Nome NIF
Data de nascimento / / CC (*dígitos e letras*) Validade / /
Naturalidade Nacionalidade Escolaridade
Morada Código Postal
Contacto telefónico Email Profissão

Situação de emprego: Empregada Desempregada

Dados pessoais do Pai

Nome NIF
Data de nascimento / / CC (*dígitos e letras*) Validade / /
Naturalidade Nacionalidade Escolaridade
Morada Código Postal
Contacto telefónico Email Profissão

Situação de emprego: Empregado Desempregado

Encarregado de Educação

Pai Mãe Outro

13. Vacinação

- Cartão atualizado cartão não atualizado Outra situação (*Qual?*)

**Conferido
O Assistente Técnico**

Registo de outras questões que considere relevantes . . .

Declaro que me foi fornecida informação relevante sobre as questões acima referidas. Mais declaro que os dados que forneci são verdadeiros e traduzem a minha vontade.

Celeirós, de de O Encarregado de Educação

Recebido em de de

O Assistente Técnico