

# Dados Complementares à Matrícula

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO		MATRÍCULA EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR ANO LETIVO
Nome		/
Data de nascimento	/ /	Naturalidade

Cartão de cidadão n.º	(indicar dígitos e letras)	Conferido
Validade	/ /	O Assistente Técnico
	NIF	<input type="checkbox"/>

## COMPLETE OS DADOS RELATIVOS AO SEU EDUCANDO

### 1. Declaração de responsabilidade

Declaro que me responsabilizo pela frequência do meu educando

### 2. Divulgação de imagem

Autorizo a divulgação de imagens do meu educando

Não autorizo a divulgação de imagens do meu educando

### 3. Proteção de dados

Autorizo a criação de uma conta Google (institucional) para o meu educando

Não autorizo a criação de conta Google (institucional) para o meu educando

### 4. Seguro escolar (Portaria n.º 413/99 de 8 de junho)

Conheço os procedimentos relativos ao Seguro Escolar e a legislação de suporte à mesma

Tenho subsistema de saúde/ seguro de saúde complementar e entrego fotocópia do cartão

### 5. Candidatura a Auxílios económicos (através de documento disponibilizado pelo Educador e, posteriormente, na plataforma SIGA – CMB)

### 6. Atividades de Animação e Apoio à Família (AAAF) (inscrição obrigatória na plataforma SIGA – CMB e na JF)

### 7. Administração de paracetamol

Autorizo a administração de \_\_\_\_\_ ml, ou \_\_\_\_\_ mg de paracetamol ao meu educando, o qual não apresenta alergia ao princípio ativo do medicamento. *(OBRIGATÓRIO indicar dosagem)*

Não autorizo a administração de qualquer medicamento ao meu educando.

### 8. Escovagem dos dentes

Autorizo a escovagem dos dentes

Não autorizo a escovagem dos dentes

### 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. Bata– tamanho (indicar a quantidade)

 N.º 2 N.º 4 N.º 62. Requisição de boné (indicar a quantidade) 

3. Requisição de t-shirt – tamanho (indicar a quantidade)

 XS S M**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****14. 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

