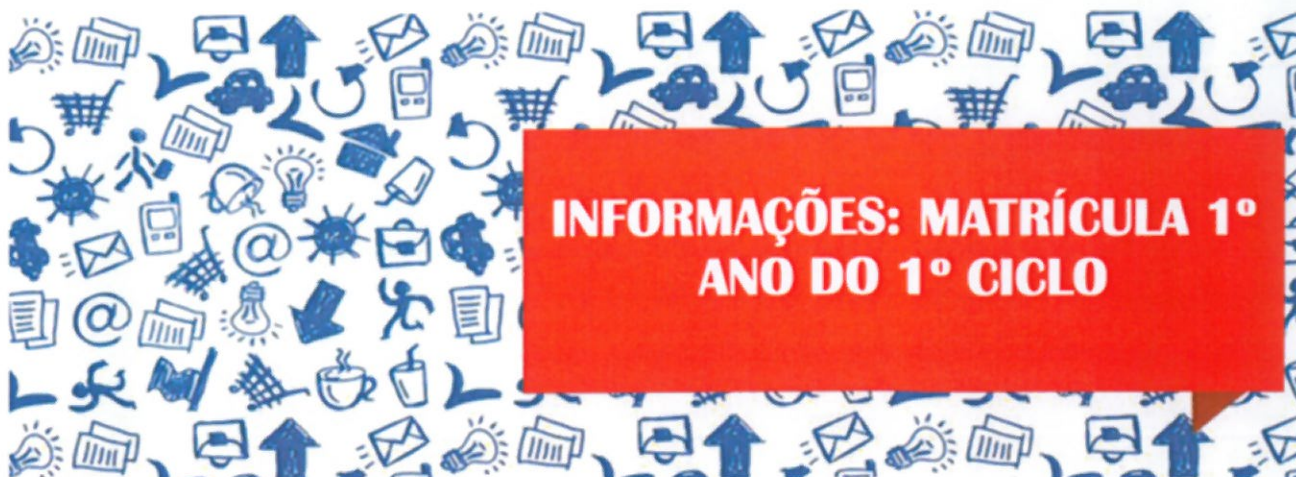


Ano lectivo 2020/2021



INFORMAÇÕES: MATRÍCULA 1º ANO DO 1º CICLO

INFORMAÇÃO AOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO
As matrículas decorrem de 4 de maio a 30 de junho de 2020

Documentação necessária para a matrícula:

A Apresentar:

- Cartão de Cidadão ou Cédula Pessoal, Passaporte, cartão contribuinte, cartão de utente e cartão da segurança social;
- Boletim Individual de Saúde devidamente atualizado;
- Cartão de Cidadão ou Título de residência ou Passaporte e NIF do Encarregado de Educação.

A Entregar:

- ✓ Declaração médica onde conste que efetuou o Exame Global de Saúde caso não tenha frequentado pré-escolar;
- ✓ Declaração do Centro Regional de Segurança Social com a atribuição dos escalões 1, 2 ou 3;
- ✓ Fotocópia do assento de nascimento do aluno/a atualizado (em caso de um dos progenitores, ou ambos, não viverem com o aluno);
- ✓ Comprovativo de Agregado Familiar validado pela Autoridade Tributária (caso o aluno não habite com os progenitores);
- ✓ Uma fotografia tipo passe actualizada, que pode ser enviada em formato digital para alunos@valeaveiras.pt (devidamente identificada);
- ✓ Comprovativo de morada (ex. última fatura da Água ou da Luz);
- ✓ Requerimento de antecipação de matrícula caso o aluno/a complete os seis anos entre 16 de Setembro a 31 de Dezembro de 2020.
 - Formulários disponibilizados pelos Serviços de Administração Escolar:
- Ficha de inscrição nas Refeições, Atividades de Enriquecimento Curricular, Componente de Apoio à Família e Transporte (formulários da Câmara Municipal de Azambuja);
- Ficha de atualização - B (informações para os Serviços);
- Ficha de acompanhamento médico;
- Inscrição na Associação de Pais do Agrupamento (1,50€, facultativo)

Caso a matrícula seja feita online os Encarregados de Educação devem, enviar por e-mail, carregar na Plataforma ou entregar nos Serviços de Administração Escolar os documentos acima indicados.

Agrupamento de Escolas Vale Aveiras
Escola Básica Vale Aveiras, 30/04/2020
O diretor

António Jorge Gonçalves da Conceição Pedro

Ficha de atualização B - 1º Ciclo

Nome do/a Aluno/a: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PRÉVIO DO TITULAR DOS DADOS PESSOAIS

Ao aceitar a Política de Privacidade, estou a autorizar o Agrupamento de Escolas Vale Aveiras a proceder ao tratamento dos meus dados pessoais e dos dados pessoais do meu educando. Declaro, ainda: - Estar ciente e plenamente informado/a de que o tratamento dos meus dados pessoais e os dados pessoais do meu educando inclui todas as operações efetuadas sobre os dados por mim transmitidos, por meios automatizados ou não, necessários à frequência de estabelecimento de ensino ou de educação e ao desenvolvimento de todo o processo educativo, de acordo com a legislação em vigor; - Aceito e consinto que os meus dados e os dados pessoais do meu educando sejam transmitidos a outras entidades públicas, ou privadas na condição de subcontratantes, exclusivamente para fins legais e no exercício das atribuições e competências do Agrupamento de Escolas Vale Aveiras. - Tomei conhecimento que os meus dados e os dados pessoais do meu educando serão guardados pelo período de tempo fixado em lei, regulamento ou o estritamente necessário às finalidades para que foram recolhidos. - Tomei conhecimento que, nos termos da legislação aplicável, é garantido, a todo o tempo, o exercício dos direitos de acesso, retificação, atualização e eliminação dos meus dados pessoais e dos dados pessoais do meu educando, podendo ainda opor-me ao tratamento dos mesmos mediante pedido escrito dirigido ao Agrupamento de Escolas Vale Aveiras, bem como o direito de apresentar queixa junto Comissão Nacional de Proteção de Dados através do Website www.cnpd.pt. Prestei o presente consentimento de forma livre e voluntária; - Estou ciente que o tratamento dos dados é necessário ao exercício das funções de interesse público que incumbem ao Agrupamento de Escolas Vale Aveiras, sendo realizado em conformidade com as respetivas obrigações jurídicas previstas na lei. O Agrupamento de Escolas Vale Aveiras solicita autorização de acordo com a Deliberação nº1495/2016 da comissão de proteção de dados, para a utilização da imagem do seu educando em fotografia, CD, arquivo ou vídeo, quer individualmente, quer em grupo, para que possa ser publicado nos sítios da internet, em exposições ou em publicações da responsabilidade do Agrupamento ou noutros para os quais a escola seja convidada a participar.

Apenas para arquivo Sim Não Todas as opções: Sim

A.E.C. ATIVIDADES DE ENRIQUECIMENTO CURRICULAR (Preencher Formulários da C. M. Azambuja)

A.E.C.: Não Sim Se respondeu sim, deve preencher a declaração em baixo.

DECLARAÇÃO DE DEVER DE ASSIDUIDADE - AEC (Ponto 2 Artigo 8.º da Portaria nº 644-A/2015 de 24 de agosto)

Eu _____, portador do B.I. /C.C. nº _____, válido até ____/____/____ Encarregado de Educação do(a) aluno(a) acima mencionado do ____ ano declaro que me responsabilizo pela frequência e assiduidade do meu educando nas A.E.C. até ao final do presente ano letivo. Tomei conhecimento que, quando as AEC ocorrem após o período curricular da tarde, devo garantir que o meu educando não se encontra na escola durante as atividades que não frequenta. (Atividades sujeitas a alteração)

C.A.F. - COMPONENTE DE APOIO À FAMÍLIA (Preencher Formulários da C. M. Azambuja)

Pretende que o seu educando frequente:

- C.A.F.: Das 7:30h às 9h e/ou das 17:15h às 19:00h

TRANSPORTE ESCOLAR/ REFEIÇÕES NO REFEITÓRIO DA ESCOLA (Preencher Formulários da C. M. Azambuja)

Pretende que o seu educando frequente:

- Refeições no refeitório da escola: Sim Não (Serviço pago)
- Transporte Escolar: Não Sim Local de Embarque _____ (é necessário comprovativo de morada)

AUTORIZAÇÃO DE SAÍDA

Conforme determinação da Direção, o encarregado de educação deverá declarar expressamente qual a autorização que concede ao seu educando para as saídas deste estabelecimento de ensino durante o período normal de funcionamento e de acordo com o horário escolar. Chama-se a atenção para o facto da Escola não se responsabilizar por qualquer ocorrência em que o aluno se envolva no exterior das instalações escolares, de acordo com a autorização manifestada pelo encarregado de educação.

- 1 - Sair para almoçar fora da Escola: Sozinho Acompanhado
- 2 - Sair no fim das aulas: Sozinho Acompanhado
- 3 - Sair no fim das A. E. C.: Sozinho Acompanhado

Pessoas com quem o/a aluno/a está autorizado/a sair	Parentesco	Contacto

AGREGADO FAMILIAR

Estado Civil dos Pais: Casados ; União de facto ; Divorciados ; Solteiros ; Viúvo/a

Com quem vive o Aluno? Caso os progenitores não habitem com o/a aluno/a deve ser entregue o Assento de Nascimento atualizado do/a aluno/a.

Nome	Parentesco	Idade	Profissão

RESTRIÇÕES ALIMENTARES/ ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM ESTABELECIMENTO DE ENSINO

O aluno possui alergias ou restrições alimentares? S N

Se respondeu sim, indique os alimentos envolvidos:

Carne	<input type="checkbox"/>	Tomate	<input type="checkbox"/>
Peixe	<input type="checkbox"/>	Espinafre	<input type="checkbox"/>
Mariscos	<input type="checkbox"/>	Morango	<input type="checkbox"/>
Moluscos (lula, choco, polvo)	<input type="checkbox"/>	Uva	<input type="checkbox"/>
Ovo	<input type="checkbox"/>	Chocolate	<input type="checkbox"/>
Leite	<input type="checkbox"/>	Glúten	<input type="checkbox"/>
Iogurte	<input type="checkbox"/>	Outros:	Quais?:

Tendo como base a Orientação da *Direção Geral de Saúde* n.º 002/2012 de 18/01/2012, no contexto do Programa Nacional de Saúde Escolar - Administração de medicamentos a alunos nos estabelecimentos de educação e ensino e o Ofício Circular 1 da *Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular/ Núcleo de Educação para a Saúde e Ação Social Escolar/2012*.

Tem restrição a alguma atividade física? Sim Não

O meu educando tem necessidade imprescindível de tomar medicamentos frequentemente durante o horário de frequência na Escola, autorizo e solicito que lhe seja administrado o(s) medicamento(s) de acordo com a seguinte informação:

NOME DO FÁRMACO	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE	HORÁRIO	SINAL/ SINTOMA ASSOCIADO

Nota: O Agrupamento não se responsabiliza por efeitos adversos que possa ocorrer na criança pelo uso do medicamento.

Tenho conhecimento que os seguintes medicamentos provocam situações alérgicas pelo que não devem ser administrados:

Nota: Esta informação só será considerada válida se for acompanhada de **declaração médica atualizada**, comprovativa da situação clínica do aluno relativamente às alergias ou restrições alimentares nela indicadas. Estou ciente de que estas informações são importantes para que a escola possa tomar as providências necessárias em caso de acidente ou doença. Comprometo-me a informar a escola caso haja qualquer mudança, mantendo-a sempre informada sobre a situação de saúde do meu educando.

EUCAÇÃO MORAL E RELIGIOSA CATÓLICA

O Decreto-Lei n.º 70/2013 de 23 de maio estabelece o regime jurídico da lecionação e da organização da disciplina de EMRC, nos estabelecimentos públicos dos ensinos básico e secundário. A disciplina de EMRC é de oferta obrigatória por parte dos estabelecimentos de ensino e de frequência facultativa. Compete ao encarregado de educação, exercer o direito de o mesmo frequentar a disciplina de EMRC, procedendo, para o efeito, à sua declaração de vontade no ato de matrícula. Em conformidade com o regime em vigor para as restantes disciplinas e áreas disciplinares, no ensino básico não é permitida a anulação da matrícula na disciplina de EMRC. A disciplina de EMRC é aplicável o disposto na lei para as demais disciplinas relativamente à assiduidade. Tomei conhecimento das informações, pretendo que o meu educando frequente a disciplina de EMRC: Sim Não

CONSENTIMENTO DE RECOLHA DE IMAGEM PARA USO DO AGRUPAMENTO

O Agrupamento de Escolas Vale Aveiras solicita autorização de acordo com a Deliberação n.º 1495/2016 da comissão de proteção de dados, para a utilização da imagem do seu educando em fotografia, CD, arquivo ou vídeo, quer individualmente, quer em grupo, para que possa ser publicado nos sítios da internet, em exposições ou em publicações da responsabilidade do Agrupamento ou noutros para os quais a escola seja convidada a participar.

Apenas para arquivo Sim Não Todas as opções: Sim

____/____/____ O Encarregado de Educação _____

Ficha de acompanhamento médico - Ano Letivo: 2020/2021

Jardim de Infância/ Escola Básica _____

Nome do aluno _____

Data de Nascimento: ____/____/____ N° de utente _____

N° de Seg. Social _____ Subsistema de saúde _____

Seguro de saúde complementar _____ (anexar cópia do cartão)

Nome do Encarregado de Educação _____

NIF: _____ Morada _____

Código Postal |__||__||__||_| - |__||__||_| Localidade _____

Telefones para contacto em caso de acidente |__||__||__||__||__||__||__||_| _____

/ Urgência |__||__||__||__||__||__||__||_| _____

Outras informações que considere importantes para serem tidas em conta em caso de acidente: _____

Medicação que o meu educando toma diariamente **fora** do horário escolar:

NOME DO FÁRMACO	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE	HORÁRIO	SINAL/ SINTOMA ASSOCIADO

Medicação que o meu educando toma diariamente **durante** o horário escolar:

NOME DO FÁRMACO	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE	HORÁRIO	SINAL/ SINTOMA ASSOCIADO

Prejuízos e danos

Exmo. Senhor Encarregado de Educação

Informamos que todos os estragos causados nas instalações escolares e/ ou à integridade física ou bens dos colegas serão da responsabilidade do aluno, sempre que o mesmo seja considerado responsável pelos danos, tendo o Encarregado de Educação de suportar os custos respetivos.

____/____/____ O Encarregado de Educação _____

Registo de Entrada	
Reservado aos serviços	NIPG _____/_____/_____
	Data ____/____/____ Funcionário

IDENTIFICAÇÃO DA ESCOLA

Agrupamento de Escolas: Azambuja Vale Aveiras Alto de Azambuja

Estabelecimento de ensino _____ Ano _____ Turma _____

DADOS DO ALUNO

Nome completo _____

Data de nascimento ____/____/____ Género M F Idade _____ NIF _____

Documento de identificação n.º _____ C.C. Passaporte Outro

Morada _____ N.º _____ Andar _____

Localidade _____ Código Postal _____ - _____

IDENTIFICAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Nome completo _____

Grau de parentesco _____ Telef. _____ ou email _____ @ _____

Inscrição nos serviços de REFEIÇÕES/LANCHES

<p>Serviço de Refeições:</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>(se respondeu Sim, em caso de alergia/intolerância alimentar, anexar declaração médica)</p>	<p>Serviço de Lanches:</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>(apenas para alunos com escalão 1 ou 2 devidamente comprovados)</p>	<p>Entrega declaração Segurança Social:</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>(a não entrega da declaração com emissão em 2020, obriga ao pagamento total do valor da refeição)</p>
---	---	--

Aviso de pagamento: o aviso de pagamento do serviço de refeições é feito via SMS (exceto EB de Azambuja, EB da Sócasa, Escola Secundária de Azambuja, EB de Manique do Intendente e EB Vale Aveiras).

Indique o n.º de telemóvel no qual pretende receber o aviso: _____

Reservado ao Serviço de Educação da C.M.A.

Esc. 1

Esc. 2

S/ Esc.

Termo de responsabilidade: Assumo inteira responsabilidade, nos termos da lei, pela exatidão de todas as declarações prestadas. A prestação de falsas declarações é punível por lei e implica, para além do procedimento legal, a imediata suspensão da frequência do aluno e pagamento dos valores em dívida. Salvo situações de transferências, a data limite para entrega do presente formulário é 17 de julho. **Em caso de desistência do serviço, é obrigatória a comunicação por escrito na UAP ou para o email educacao@cm-azambuja.pt**

O Técnico _____

Data ____/____/____

Li e aceito os termos e condições Data ____/____/____

Assinatura do Encarregado de Educação _____

1. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que, ao abrigo do Regulamento Geral da Proteção de Dados, dou o meu consentimento para recolha e tratamento dos meus dados pessoais ao Município de Azambuja e Agrupamento de Escolas do aluno, incluindo o tratamento informático com a finalidade de utilização do Serviço de Educação/Ação Social Escolar do Município de Azambuja, ficando os mesmos disponíveis na base de dados do Município pelo período de tempo legal.

Enquanto titular dos dados pessoais, tomei conhecimento que a qualquer momento poderei retirar o consentimento agora facultado, mediante pedido de consulta e de acesso aos dados ao Responsável pelo seu tratamento, bem como alterá-los ou retificá-los, não comprometendo a licitude do tratamento efetuado e das obrigações legais a que o Município está sujeito, sem prejuízo da necessidade desses dados se manterem arquivados, sempre que se justifique.

Autorizo o envio de notificações no decorrer do processo através de correio eletrónico e SMS.

2. TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ENC. DE EDUCAÇÃO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DO MENOR

Nome _____ Com o CC/BI n.º _____

valido até ___/___/___ residente em _____

na qualidade de (*) _____ autorizo a recolha e o tratamento de dados do menor _____

_____ nos termos declarados, para os fins requeridos e para utilização do Serviço de Educação/Ação Social Escolar do Município de Azambuja dos dados do menor.

(*) Encarregado de Educação ou Representante

Assinatura _____ Data ___/___/___