



AGROPAMENTO DE ESCOLAS D. ANTÓNIO DE ATAÍDE
Rua Vila de Avintes 2600-684 Castanheira de Ribatejo • tel: 263 287 230 • fax: 263 287 234



REPÚBLICA
PORTUGUESA

EDUCAÇÃO

BOLETIM MATRÍCULA

1.º CICLO DO ENSINO BÁSICO - 1.º ANO

2018-2019

A preencher pelos
Serviços Administrativos

MATRÍCULA CONDICIONAL

SIM | NÃO

(Aluno que complete 6 anos entre 16/09 a 31/12)
(Se SIM, preencher a DECLARAÇÃO p/ efeito)

ESCALÃO SEGURANÇA SOCIAL

1 2 3 SEM ESCALÃO

(se existir, anexar declaração à matrícula)

Matrícula n.º _____

ESTABELECIMENTO DE ENSINO DO AGRUPAMENTO QUE PRETENDE FREQUENTAR

Indicar a prioridade (1ª | 2ª | 3ª | 4ª) nas escolas respetivas

EB D. ANTÓNIO ATAÍDE: _____

EB QUINTA DA CEVADEIRA: _____

EB QUINTA S. SEBASTIÃO: _____

EB VALA CARREGADO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome Completo: _____

Sexo Masculino Feminino

Data Nascimento ____ / ____ / ____

Nacionalidade _____ Naturalidade _____

Morada _____

Cód. postal ____ -- ____ Localidade _____

Distrito _____ Concelho _____ Freguesia _____

Tem computador em casa? SIM NÃO

Tem internet em casa? SIM NÃO

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

BI/C.C. Assento Passaporte A. Residência N.º _____ Validade ____ / ____ / ____

Emitido em ____ / ____ / ____ N.º Ident. Seg. Social (NISS) _____

N.º Ident. Fiscal (NIF) _____ N.º Cartão Utente de Saúde (SNS) _____

Subsistema de Saúde/seguradora: Entidade _____ N.º _____

SITUAÇÃO ANTERIOR À ENTRADA NA ESCOLA

Frequentou Ama? SIM NÃO | Frequentou Creche? SIM NÃO | Frequentou Pré-Escolar? SIM NÃO

Em que estabelecimento? _____ N.º de anos de frequência _____

NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

O seu educando frequenta a escolaridade com um Programa Educativo Individual (PEI), ao abrigo do Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro? SIM NÃO

Se respondeu SIM, indique quais as medias definidas no PEI do seu educando:

- Apoio pedagógico personalizado - a) Adequações no processo de avaliação - d)
 Adequações curriculares individuais - b) Currículo específico individual - e)
 Adequações no processo da matrícula - c) Tecnologias de apoio - f)

INFORMAÇÃO MÉDICA

Centro de Saúde Inscrito _____

Problemas específicos de Saúde? SIM NÃO Quais? _____

Alergias? _____

Toma medicamento permanentemente? SIM NÃO Qual: _____

Problemas de visão? SIM NÃO Problemas de audição? SIM NÃO Problemas de fala? SIM NÃO

ENCARREGADO DE EDUCAÇÃOPai Mãe Rep. Legal Outro _____ Grau de parentesco _____

Nome Completo _____

Data Nasc. ___/___/___ Nacion. _____ Natural. _____

Telemóvel _____ Telefone _____ E-mail _____

BI/C.C. Passaporte Aut. Residência N.º _____ Validade ___ / ___ / 19___

Emitido em ___/___/19___ N.º Ident. Fiscal (NIF) _____

Morada _____

Cód. postal _____ -- _____ Localidade _____

Distrito _____ Concelho _____ Freguesia _____

Profissão _____ Situação no emprego _____

Morada (trabalho) _____

Desenvolve a sua atividade profissional na área de influência do estabelecimento de ensino? SIM NÃO **IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS**

Nome Pai _____

Data Nasc. ___/___/___ Nacion. _____ Natural. _____

Telemóvel _____ Telefone _____ E-mail _____

BI/C.C. Passaporte Aut. Residência N.º _____ Validade ___ / ___ / 19___

Emitido em ___/___/19___ N.º Ident. Fiscal (NIF) _____

Morada _____

Cód. postal _____ -- _____ | Localidade _____

Distrito _____ Concelho _____ Freguesia _____

Profissão _____ Situação no emprego _____

Morada (trabalho) _____

Nome Mãe _____

Data Nasc. ___/___/___ Nacion. _____ Natural. _____

Telemóvel _____ Telefone _____ E-mail _____

BI/C.C. Passaporte Aut. Residência N.º _____ Validade ___ / ___ / 19___

Emitido em ___/___/19___ N.º Ident. Fiscal (NIF) _____

Morada _____

Cód. postal _____ -- _____ | Localidade _____

Distrito _____ Concelho _____ Freguesia _____

Profissão _____ Situação no emprego _____

Morada (trabalho) _____

Mãe/Pai estudantes menores? SIM NÃO

IRMÃOS A FREQUENTAR O AGRUPAMENTO

Tem irmãos já matriculados em algum estabelecimento de Ensino do Agrupamento? SIM NÃO

Em qual? _____ Nome Aluno(a): _____ Ano _____

Em qual? _____ Nome Aluno(a): _____ Ano _____

CONTATOS EM CASO DE URGÊNCIA

1. Pai Mãe Avô Avó | Outro _____

Telemóvel _____ Telefone _____

2. Pai Mãe Avô Avó | Outro _____

Telemóvel _____ Telefone _____

AUTORIZAÇÃO DE SAÍDA

DECLARO:

• Ter tomado conhecimento que o meu educando só poderá sair do estabelecimento de ensino antecipadamente se tiver autorização prévia por escrito na caderneta;

• Que o meu educando, no término do período letivo, está autorizado a sair:

Sozinho;

Com os funcionários do ATL (_____); (nome da instituição)

Com o Encarregado de Educação,
OU

Nome: _____

Doc. Identif. nº: _____

Nome: _____

Doc. Identif. nº: _____

Nome: _____

Doc. Identif. nº: _____

No caso de ter autorizado o meu educando a sair da escola sozinho, **ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE** por tudo o que possa eventualmente acontecer.

AEC - ATIVIDADES DE ENRIQUECIMENTO CURRICULAR

As AEC são de oferta obrigatória e de frequência gratuita, sendo a inscrição facultativa. Uma vez realizada a inscrição dos alunos nas atividades, os encarregados de educação comprometem -se a que os seus educandos as frequentem até ao final do ano letivo, no respeito pelo dever de assiduidade consagrado no Estatuto do Aluno e Ética Escolar. (Portaria n.º 644-A/2015).

PRETENDE QUE O SEU EDUCANDO FREQUENTE AS AEC NO ANO LETIVO 2018/2019? SIM NÃO

Horário (provável): das 16h30m às 17h30m.

EDUCAÇÃO MORAL E RELIGIOSA

(só preencher caso pretenda frequentar a disciplina)

PRETENDE QUE O SEU EDUCANDO FREQUENTE A DISCIPLINA DE EMR? SIM NÃO

Se respondeu afirmativamente, indique a respetiva confissão: CATÓLICA EVANGÉLICA Outra _____

(Nos termos do Decreto-Lei nº 70/2013 de 23 de maio, no ensino básico, **não é permitida a anulação da matrícula na disciplina de EMRC**, aplicando-se o disposto na lei para as demais disciplinas e áreas disciplinares na assiduidade. Os resultados obtidos na avaliação da disciplina de EMRC não são considerados para efeito de retenção nem para efeito de cálculo de média dos resultados dos alunos.)

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

NOME DO ALUNO: _____

De acordo com o estabelecido no artigo n.º 236º do Regulamento Interno do Agrupamento, a administração de Brufen, Antibióticos e outros medicamentos na escola, carecem de prescrição médica (sendo obrigatória a entrega de fotocópia no estabelecimento de ensino frequentado pelo aluno) e de indicação escrita do Encarregado de Educação com a(s) hora(s) da administração em período escolar e a respetiva dosagem.

Na escola só será administrado o Ben-u-ron aos alunos que apresentem situações de mal-estar físico e que ocorram ao longo do ano letivo, carecendo de autorização do Encarregado de Educação no presente documento, que será reiterado por meio de contato telefónico, sempre que possível, na altura da ocorrência. No caso do referido medicamento já estar a ser administrado fora da escola, o Enc. de Educ. terá que indicar, por escrito (caderneta), a dosagem e o horário da toma.

Todos os medicamentos devem ser entregues devidamente identificados com nome do aluno, ano e turma e devidamente acondicionados.

O Agrupamento não se responsabiliza por omissões de informação sobre este assunto por parte dos Encarregados de Educação.

Caso a dosagem não esteja devidamente preenchida não serão administrados quaisquer medicamentos.

AUTORIZO a administração de _____ ml, ou _____ gr (**OBRIGATÓRIO o preenchimento da dosagem**) de Ben-u-ron ao meu educando caso apresente situações de mal-estar físico, imprevistas e que ocorram ao longo do ano letivo.

NÃO AUTORIZO a administração de qualquer medicamento.

DECLARAÇÃO

Eu, Encarregado de Educação do aluno _____,

assumo a inteira responsabilidade pela veracidade das declarações acima prestadas, bem como dos documentos apresentados. Declaro ainda que li e aceito as normas estipuladas no REGULAMENTO INTERNO do agrupamento, disponível na página eletrónica da escola - www.aeea.pt -, nos Serviços de Administração Escolar e nas Escolas do Agrupamento.

NOTA: A prestação de falsas informações ou omissões relativamente aos dados do aluno ou dos pais/encarregados de educação invalida quaisquer direitos que possam daí decorrer.

Castanheira do Ribatejo, _____ de _____ de 20_____

O Encarregado de Educação: _____ (assinatura)

VERIFICAÇÕES (a preencher pelos Serviços de Administração Escolar)

DO ALUNO		DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO	
BI/C.C. <input type="checkbox"/> Assento <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____		BI/C.C. <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cartão de Utente de Saúde (SNS) <input type="checkbox"/>		N.º Identificação Fiscal (NIF) <input type="checkbox"/>	
N.º Identificação Fiscal (NIF) <input type="checkbox"/>		Comprovativo de morada <input type="checkbox"/>	
N.º Segurança Social (NISS) <input type="checkbox"/>		Comprovativo do horário laboral (caso se aplique) <input type="checkbox"/>	
Declaração da Segurança Social (ASE) <input type="checkbox"/>		Comprovativo da composição do agregado familiar validado pela Autoridade Tributária <input type="checkbox"/>	
Boletim Individual de Saúde atualizado? <input type="checkbox"/>			
Entrega de 1 fotografia tipo passe? (OBRIGATÓRIO) <input type="checkbox"/>			
O Funcionário			
Data ____ / ____ / _____ Assinatura _____			