



AGRPAMENTO 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

EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR

2018-2019

A preencher pelos
Serviços Administrativos

Matrícula n.º _____

MATRÍCULA CONDICIONAL

SIM | NÃO

(Aluno que complete 3 anos entre 16/09 a 31/12)
(Se SIM, preencher a DECLARAÇÃO na pág. 3)

ESCALÃO SEGURANÇA SOCIAL

1 2 3 SEM ESCALÃO

(se existir, anexar declaração à matrícula)

ESTABELECIMENTO DE ENSINO DO AGRUPAMENTO QUE PRETENDE FREQUENTAR

Indicar a prioridade (1ª e 2ª) nas escolas respetivas

EB QUINTA DA CEVADEIRA: _____ | EB VALA DO 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 DO ANO ANTERIOR

Frequentou Ama? SIM NÃO Legalizada? SIM NÃO | Frequentou Creche? SIM NÃO

Frequentou Pré-Escolar/IPSS? SIM NÃO Em que estabelecimento? _____

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:

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: _____

AAAF - ATIVIDADES DE ANIMAÇÃO E APOIO À FAMÍLIA

Funciona diariamente das 15h30m às 17h30m e destina-se a todos os alunos cujos Pais/Enc. de Educação pretendam usufruir destas atividades e comprovadamente dele necessitem (comprovativo do horário laboral).

Necessita de serviço de almoço? **SIM** **NÃO**

Pretende inscrever-se nas AAAF? **SIM** **NÃO** (se **SIM**, preencher ficha Inscrição das AAAF - **OBRIGATÓRIO**)

Apresenta documento comprovativo? **SIM** **NÃO** (se **SIM**, anexar à matrícula)

DECLARAÇÃO DE MATRICULA CONDICIONAL

(Só para alunos que completam os 3 anos entre 16/09 a 31/12 de 2018)

Eu, _____ (nome completo),

portador do documento de identificação CC/BI nº: _____, válido até ____ / ____ / ____,

Encarregado de Educação do aluno _____,

venho por este meio solicitar a V. Exa., que seja considerada a matrícula do meu educando para o Ensino Pré-Escolar, uma vez que só completará 3 anos de idade no dia ____ / ____ / ____ de acordo com o previsto no n.º 4 do artigo 5.º do Despacho Normativo n.º 6/2018 de 12 de abril de 2018.

Castanheira do Ribatejo, _____ de _____ de 20____

O Encarregado de Educação: _____ (assinatura)

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 _____