

## PRÉ-ESCOLAR - MATRÍCULA - 2019/ 2020

### ESTABELECIMENTO DO PRETENDIDO:

- 1.ª Opção: \_\_\_\_\_  
2.ª Opção: \_\_\_\_\_  
3.ª Opção: \_\_\_\_\_  
4.ª Opção: \_\_\_\_\_  
5.ª Opção: \_\_\_\_\_

N.º DE MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

Colar  Foto	A preencher pelos serviços: 1.ª prioridade <input type="checkbox"/> 2.ª prioridade <input type="checkbox"/> 3.ª prioridade <input type="checkbox"/> 4.ª prioridade <input type="checkbox"/> 5.ª prioridade <input type="checkbox"/> 6.ª prioridade <input type="checkbox"/> 7.ª prioridade <input type="checkbox"/> 8.ª prioridade <input type="checkbox"/> 9.ª prioridade <input type="checkbox"/>
-------------------	--

### IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A)

N.º processo (caso tenha frequentado o AEVP): \_\_\_\_\_  
Estabelecimento: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_  
nome: \_\_\_\_\_  
género: masculino  feminino  data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
n.º elementos do agregado familiar: \_\_\_\_\_ (dia) (mês) (ano)  
n.º de identificação: \_\_\_\_\_ tipo de identificação: CC  passaporte   
boletim nascimento  outro  qual \_\_\_\_\_ validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
n.º de cartão de utente do(a) aluno (a): \_\_\_\_\_ instituição \_\_\_\_\_  
n.º de Identificação da Segurança Social do(a) aluno(a) (NISS): \_\_\_\_\_  
n.º de contribuinte do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_  
nacionalidade/ naturalidade:  
país \_\_\_\_\_ concelho \_\_\_\_\_ freguesia \_\_\_\_\_  
morada: \_\_\_\_\_  
localidade: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
freguesia: \_\_\_\_\_ concelho: \_\_\_\_\_  
tem computador em casa: sim  não  tem acesso à internet: sim  não

### ALUNO(A) ABRANGIDO(A) PELO DECRETO-LEI N.º 54/2018, DE 6 DE JULHO

Sim  Não   
Medidas universais   
Medidas seletivas  Quais: \_\_\_\_\_  
Medidas adicionais  Quais: \_\_\_\_\_

Entrega documentos comprovativos da situação descrita: Sim  Não  **(A não entrega destes documentos poderá impossibilitar o acompanhamento adequado da criança)**

### IRMÃOS A FREQUENTAR O AGRUPAMENTO/ESTABELECIMENTO - Sim Não

Estabelecimento: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Ano (\_\_\_\_ / \_\_\_\_) \_\_\_\_º Sala/ Turma: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Ano (\_\_\_\_ / \_\_\_\_) \_\_\_\_º Sala/ Turma: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Ano (\_\_\_\_ / \_\_\_\_) \_\_\_\_º Sala/ Turma: \_\_\_\_\_

### COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Mãe  Pai  Irmãos, idades: \_\_\_\_\_  
 Avós  Outras pessoas, quem \_\_\_\_\_

### SITUAÇÃO ANTERIOR À ENTRADA NO JARDIM DE INFÂNCIA

Teve apoio de alguma ama? Sim  Não  Se não, com quem? Avós  pais  outros familiares   
Frequentou creche? Sim  Não   
Se sim, indique qual \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_  
Frequentou outro estabelecimento de pré-escolar? Sim  Não   
Se sim, indique qual \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_

**PAI** encarregado de educação: sim  não

nome: \_\_\_\_\_ data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

n.º de identificação: \_\_\_\_\_ data validade \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

nacionalidade: \_\_\_\_\_ telefone: \_\_\_\_\_ telemóvel: \_\_\_\_\_

endereço de correio eletrónico: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

grau de escolaridade: sem habilitações  básico(1.º ciclo)  básico(2.º ciclo)  básico(3.º ciclo)

secundário  pós-graduação  bacharelato  licenciatura  mestrado  doutoramento

profissão (especificar): \_\_\_\_\_

situação de emprego: estudante  doméstico  por conta de outrem  por conta própria

isolado  por conta própria empregador  desempregado  reformado

**MÃE** encarregada de educação: sim  não

nome: \_\_\_\_\_ data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

n.º de identificação: \_\_\_\_\_ data validade \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

nacionalidade: \_\_\_\_\_ telefone: \_\_\_\_\_ telemóvel: \_\_\_\_\_

endereço de correio eletrónico: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

grau de escolaridade: sem habilitações  básico(1.º ciclo)  básico(2.º ciclo)  básico(3.º ciclo)

secundário  pós-graduação  bacharelato  licenciatura  mestrado  doutoramento

profissão (especificar): \_\_\_\_\_

situação de emprego: estudante  doméstico  por conta de outrem  por conta própria

isolado  por conta própria empregador  desempregado  reformado

### ENCARREGADO(A) DE EDUCAÇÃO (preencher caso não seja o pai/ a mãe)

nome: \_\_\_\_\_ data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

n.º de identificação: \_\_\_\_\_ data validade \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_ nacionalidade: \_\_\_\_\_

telefone: \_\_\_\_\_ telemóvel: \_\_\_\_\_ telefone local trabalho: \_\_\_\_\_

endereço de correio eletrónico: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

grau de escolaridade: sem habilitações  básico(1.º ciclo)  básico(2.º ciclo)  básico(3.º ciclo)

secundário  pós-graduação  bacharelato  licenciatura  mestrado  doutoramento

profissão (especificar): \_\_\_\_\_

situação de emprego: estudante  doméstico  por conta de outrem  por conta própria

isolado  por conta própria empregador  desempregado  reformado

Apresenta documento comprovativo da autoridade tributária ou poder judicial? Sim  Não

### ABONO DE FAMÍLIA

Recebe Abono de Família? Sim  Não  Se sim, indique qual o Escalão \_\_\_\_\_

### COMPONENTE DE APOIO À FAMÍLIA (Caso pretenda este serviço, deve solicitar e preencher impresso próprio)

Tem necessidade do serviço de refeições? Sim  Não

Tem necessidade de prolongamento de horário? Sim  Não

## AUTORIZAÇÕES

### AUTORIZAÇÃO DE SAÍDA

Autorizo  Não autorizo

o(a) meu(minha) educando(a) sair sozinho(a) da escola no final das atividades letivas.

Autorizo o meu(a minha) educando(a) a sair da escola acompanhado(a) por:

Nome	Contacto	Grau de afinidade
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Autorizo  Não autorizo

o(a) meu(minha) educando(a) a deslocar-se na localidade, sempre que necessário e acompanhado(a) do(a) docente, a fim de desenvolver atividades educativas.

Autorizo  Não autorizo

o(a) meu(minha) educando(a) a participar do programa do leite escolar.

Autorizo  Não autorizo

o(a) meu(minha) educando(a) participar do programa da fruta escolar.

Autorizo  Não autorizo

o(a) meu(minha) educando(a) a comer o(s) bolo(s) em festas realizadas, ao longo do ano, no estabelecimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O(A) encarregado(a) de educação: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO

(alínea o) do artigo n.º 10.º e alínea k) do artigo 43.º da Lei n.º 51/2012, de 5 de Setembro - Estatuto do Aluno e Ética Escolar)

Eu, \_\_\_\_\_, encarregado(a) de educação do(a) aluno(a) \_\_\_\_\_ declaro que me comprometo a conhecer o estatuto do aluno (Lei n.º 51/2012, de 5 de Setembro, bem como o regulamento interno do agrupamento de escolas Venda do Pinheiro. Mais declaro que tomei conhecimento que o regulamento interno está disponível no sítio da internet do agrupamento, tendo a liberdade de adquirir, na reprografia, ou consultar a mesma junto do(a) docente titular de turma/diretor(a) de turma.

O(A) encarregado(a) de educação: \_\_\_\_\_

### RENOVAÇÕES

Renovação em \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Encarregado(a) de educação: \_\_\_\_\_

Renovação em \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Encarregado(a) de educação: \_\_\_\_\_

Renovação em \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Encarregado(a) de educação: \_\_\_\_\_

### DESISTÊNCIA

Desistência em \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Encarregado(a) de educação: \_\_\_\_\_

## FICHA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DO ALUNO – 2019/ 2020

Nome do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_

Número de Utente do Serviço Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_

Beneficie de algum subsistema/seguro de saúde: Sim  Não  Qual? \_\_\_\_\_

Nome do(a) encarregado(a) de educação: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tem algum problema de saúde? Sim  Não

Se sim qual? \_\_\_\_\_

Nome e contato do médico assistente (médico de família ou médico particular)

É alérgico(a) a algum medicamento? Sim  Não

Se sim qual? \_\_\_\_\_

Tem alguma intolerância a algum alimento? Sim  (**a comprovar com atestado médico**) Não

Se sim qual? \_\_\_\_\_

Pessoa a contactar em caso de urgência:

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Autorizo** que ao(à) meu(minha) educando(a) seja administrado \_\_\_\_\_ (dosagem) de \_\_\_\_\_, em situação aguda de febre designadamente a partir de \_\_\_\_\_ ° quando repentinamente surgir em contexto escolar.

(De acordo com a Orientação da Direção-Geral de Saúde n.º 2/2012 de 18/01/2012.)

A aquisição do antipirético e a identificação do mesmo é da minha total responsabilidade.

Mais declaro que me comprometo a recolher o(a) meu(minha) educando(a) de imediato após contacto da escola.

**Não autorizo** a administração de medicamento.

O(A) Encarregado(a) de Educação: \_\_\_\_\_

VERIFICAÇÃO (a preencher pelos serviços)

A Funcionária: \_\_\_\_\_ Venda do Pinheiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019

## REGULAMENTO DO SEGURO ESCOLAR

(Portaria 413/99, de 8 de junho)

**Noção de acidente escolar (artigo 3.º):** Considera-se acidente escolar, o evento ocorrido no local e tempo de atividade escolar que provoque lesão, doença ou morte.

**O que fazer em caso de ocorrer um acidente:** O(a) aluno(a) deve dirigir-se a uma assistente operacional para ser avaliada a situação. Será contactado o(a) seu(sua) encarregado(a) de educação e será preenchido o inquérito do acidente escolar.

Caso não seja possível o descrito anteriormente, a participação do acidente deve ser feita ainda no próprio dia ou nas 24 horas seguintes.

**Garantias (artigo 5.º):** O seguro escolar garante a cobertura financeira da assistência e prestar ao aluno sinistrado por aquele abrangido, complementarmente aos apoios assegurados pelo sistema, subsistema de proteção social e seguros de saúde de que seja beneficiário.

**Assistência médica (artigo 7.º):** A assistência médica é prestada ao sinistrado pelas Instituições Hospitalares Públicas (centros de saúde e hospitais) e ainda pelas instituições hospitalares privadas ou por médicos particulares desde que tenham acordo com o subsistema de saúde de que o aluno beneficie. O acompanhante do(a) aluno(a) deve solicitar ao médico assistente o relatório de urgência, o qual deve ser entregue na secretaria do agrupamento ou, ao docente responsável, no caso do 1.º ciclo ou pré-escolar.

Os encarregados de educação devem efetuar o pagamento das despesas e entregar os recibos, juntamente com cópia das respetivas prescrições médicas, em tempo útil na secretaria do agrupamento. Devem ainda anexar um comprovativo do NIB para posterior reembolso.

O(A) encarregado(a) de educação pode optar por recorrer às entidades que entender, cabendo-lhe, neste caso, todas as responsabilidades e despesas.

**Reparação e substituição de óculos:** são asseguradas pelo seguro escolar, desde que os danos da mesma resultem em acidente escolar (artigo 3.º). Em caso de substituição/reparação, é necessário apresentar declaração da entidade (ótica) confirmando que a armação é idêntica à anterior e que os óculos não tinham reparação possível.

**Estomatologia (dentes):** Devem os alunos ser observados numa Instituição Hospitalar Pública e, caso não haja nessa instituição a especialidade médica indicada ao seu tratamento, o médico que o assiste deve subscrever no relatório o encaminhamento indicado ao tratamento do aluno. Todas as faturas/recibos entregues nos serviços administrativos devem vir acompanhadas de declaração do centro de saúde ou do subsistema de saúde com indicação de qual é o valor da comparticipação.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tomei conhecimento, O(A) Encarregado(a) de Educação: \_\_\_\_\_

(Assinatura legível)