

**Ano Letivo 2019/2020**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**NOME COMPLETO DO ALUNO** \_\_\_\_\_  
 Morada \_\_\_\_\_  
 Localidade \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_  
 Sistema de Saúde \_\_\_\_\_ N.º de Beneficiário \_\_\_\_\_

(indicar apenas dados que sejam diferentes do aluno)

**NOME COMPLETO DO PAI** \_\_\_\_\_  
 Situação face ao trabalho: Desempregado  Empregado   
 Localidade do Trabalho \_\_\_\_\_ Horário de Trabalho \_\_\_\_\_  
 Telefone \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
**NOME COMPLETO DA MÃE** \_\_\_\_\_  
 Situação face ao trabalho: Desempregado  Empregado   
 Localidade de Trabalho \_\_\_\_\_ Horário de Trabalho \_\_\_\_\_  
 Telefone \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
**NOME DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO** \_\_\_\_\_  
 Situação face ao trabalho: Desempregado  Empregado   
 Localidade de Trabalho \_\_\_\_\_ Horário de Trabalho \_\_\_\_\_  
 Morada \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Localidade \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
**PESSOA A CONTACTAR, EM CASO DE EMERGÊNCIA**  
 Nome \_\_\_\_\_  
 Grau de parentesco \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
 Telemóvel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÃO RELATIVA À SAÚDE DO ALUNO**

A criança tem algum problema de saúde? Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
 A criança tem necessidades educativas especiais? \_\_\_\_\_  
 Toma algum medicamento regularmente? Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
 Precisa de cuidados especiais em relação a alergias, remédios, dieta, cansaço, práticas desportivas e outros? \_\_\_\_\_  
 Outras observações e recomendações \_\_\_\_\_

**Nota: A autarquia só assumirá a abertura da Creche Municipal do Alto Concelho desde que cada grupo turma tenha um mínimo de seis crianças inscritas.**

Para a Inscrição o Encarregado de Educação deverá entregar os seguintes documentos:

- Ficha de inscrição devidamente preenchida;
- IRS com nota de liquidação;

Conferido e recebido por \_\_\_\_\_ Data: ...../...../.....

**Em caso de desistência, é obrigatória a comunicação por escrito para:**

Na falta de preenchimento de campos do formulário, a Autarquia não se responsabiliza pelo fornecimento atempado dos serviços disponíveis. Salvo situações de transferências, a data limite para a entrega do formulário é 15 de julho de 2019.

Tomei conhecimento e autorizo o Município de Azambuja a tratar e partilhar os dados constantes neste formulário, com o Agrupamento de Escolas onde o aluno está inserido.

Li e aceito os termos e condições.

**1 - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO – REGULAMENTO GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

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, incluindo o tratamento informático com a finalidade de utilização dos serviços do Núcleo de Educação/Ação Social Escolar do Município de Azambuja, ficando os mesmos disponíveis na base de dados do Município.

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.
- Autorizo a captação e divulgação de imagens do menor, no âmbito das atividades públicas da Creche Municipal do Alto Concelho, incluindo a divulgação das referidas imagens no site [www.cm-azambuja.pt](http://www.cm-azambuja.pt), e nas redes sociais do Município de Azambuja, com a finalidade de informar e divulgar as atividades da Creche junto da Comunidade Escolar \_\_\_\_\_ (escreva SIM ou NÃO)

**2 - TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO PARA DADOS PESSOAIS DO MENOR**

Nome \_\_\_\_\_

Com o CC/BI nº \_\_\_\_\_ validade \_\_\_\_\_

residente em \_\_\_\_\_ na qualidade de

(\*) \_\_\_\_\_ autorizo a recolha e o tratamento dos dados do menor \_\_\_\_\_ nos termos declarados, para os fins requeridos e para utilização do Núcleo de Educação/Ação Social Escolar do Município de Azambuja dos dados do menor.

(\*) – Encarregado de Educação ou Representante.

**Assinatura**

**data**

Leia a Política de Privacidade e Aviso Legal do Município de Azambuja em [www.cm-azambuja.pt](http://www.cm-azambuja.pt)