

**DADOS DO ALUNO**

Nome completo \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Género M  F  Idade \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Documento de identificação n.º \_\_\_\_\_ C.C.  Passaporte  Outro

Sistema de Saúde \_\_\_\_\_ N.º de Beneficiário \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ Andar \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(indicar apenas dados que sejam diferentes do aluno)

**Nome completo do Pai** \_\_\_\_\_

Situação Profissional: Empregado  Desempregado  Profissão: \_\_\_\_\_ Tel.Trab. \_\_\_\_\_

Localidade do Trabalho \_\_\_\_\_ Horário de Trabalho \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Nome completo da mãe** \_\_\_\_\_

Situação Profissional: Empregado  Desempregado  Profissão: \_\_\_\_\_ Tel.Trab. \_\_\_\_\_

Localidade do Trabalho \_\_\_\_\_ Horário de Trabalho \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Nome do Encarregado de Educação** \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

Código-postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Situação Profissional: Empregado  Desempregado  Profissão: \_\_\_\_\_ Tel.Trab. \_\_\_\_\_

Localidade do Trabalho \_\_\_\_\_ Horário de Trabalho \_\_\_\_\_

**Informação relativa à saúde do Aluno**

A criança tem algum problema de saúde? Se sim, qual? \_\_\_\_\_

A criança tem Necessidades de Saúde Especiais (NSE)? \_\_\_\_\_ Toma algum medicamento regularmente? Se sim, qual? \_\_\_\_\_ Precisa de cuidados especiais em relação a alergias, medicamentos, dieta, cansaço, práticas desportivas e/ou outros? \_\_\_\_\_

Outras observações e recomendações \_\_\_\_\_

## Pessoa a contactar em caso de emergência

Nome	_____	Grau de parentesco	_____
Telefone	_____	email	_____@_____

**Documentos de entrega obrigatória: Documentos de identificação do aluno e pais, Declaração Médica que ateste o estado geral da criança, Declaração de IRS e Nota de liquidação do último ano de ambos os progenitores, Recibo de renda ou documento de amortização de crédito por aquisição de habitação própria permanente.**

Reservado ao Serviço de Educação da C.M.A.	Valor da mensalidade
--	----------------------

O Técnico _____
Data ____/____/____

**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 30 de junho. **Em caso de desistência, é obrigatória a comunicação por escrito na UAP ou através do email educacao@cm-azambuja.pt**

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.

A captação e divulgação de imagens do menor, no âmbito das atividades públicas da Creche Municipal, 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.

## 2. TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ENCARREGADO 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_