

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 Desempreg. Profissão: _____ Tel.Trab. _____

Localidade do Trabalho _____ Horário de Trabalho _____

Telefone _____ email _____ @ _____

Nome do Encarregado de Educação _____

Doc. Identificação n.º _____ C.C. Passaporte Outro NIF _____

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 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 ____/____/____