

Setembro  Natal  Páscoa  Julho

(assinale com X a opção pretendida)

**IDENTIFICAÇÃO DA ESCOLA**

Agrupamento de Escolas:  Azambuja  Vale Aveiras  Alto de Azambuja

Jardim de Infância \_\_\_\_\_

Turma \_\_\_\_\_

Educadora \_\_\_\_\_

**DADOS DO ALUNO**

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

Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

N.º \_\_\_\_\_

Andar \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

-

(obrigatório o preenchimento de todos os campos)

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

Telefone \_\_\_\_\_

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

Horário de Trabalho \_\_\_\_\_

**Outra pessoa a contactar, em caso de emergência**

Nome \_\_\_\_\_

Grau de parentesco \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

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

Horário de Trabalho \_\_\_\_\_

**Assinale a semana em que inscreve o aluno e o(s) horário(s). Esta informação é necessária para a organização do serviço.**

1ª semana \_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrada:  8h00  9h00 Saída:  15h30  17h30  18h30

2ª semana \_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrada:  8h00  9h00 Saída:  15h30  17h30  18h30

3ª semana \_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrada:  8h00  9h00 Saída:  15h30  17h30  18h30

4ª semana \_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrada:  8h00  9h00 Saída:  15h30  17h30  18h30

5ª semana \_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrada:  8h00  9h00 Saída:  15h30  17h30  18h30

**Pessoas autorizadas a recolher o aluno**

Nome	Grau de parentesco	Telefone
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Informação relativa à saúde do Aluno**

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

A criança tem Necessidades de Saúde Especiais (NSE)? \_\_\_\_\_

qual? \_\_\_\_\_

Toma algum medicamento regularmente? Se sim, \_\_\_\_\_

Precisa de cuidados especiais em relação a \_\_\_\_\_

alergias, medicamentos, dieta, cansaço, práticas desportivas e/ou outros?

Outras observações e recomendações

### 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, 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
- Não autorizo

### 2. TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DO MENOR

Nome(\*) \_\_\_\_\_ com o CC/BI n.º \_\_\_\_\_ válido até \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente em \_\_\_\_\_ autorizo a recolha e o tratamento de dados do menor \_\_\_\_\_ nos termos declarados, para os fins requeridos e para utilização do Município de Azambuja.

(\*) Encarregado de Educação

Assinatura \_\_\_\_\_

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