

O aluno será automaticamente inscrito no ano de escolaridade determinado pela avaliação final do 3º período

2024/2025	Processo n.º	
	N.º SIGO	
	Número	

Exmo(a) Senhor(a) Encarregado(a) de Educação do(a) aluno(a) do 1º Ano. Turma \_\_\_ - Escola Básica do Alto de Algés

**DADOS NECESSÁRIOS PARA O PROCESSO DO ALUNO**

**a) ALUNO**

Nome Completo: \_\_\_\_\_;

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ País de Naturalidade: \_\_\_\_\_;

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Documento de Identificação:  Cartão de Cidadão;  Autorização de Residência;

Passaporte;  Outro - N.º \_\_\_\_\_; Validade: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_; NISS: \_\_\_\_\_; Utente: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_

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

Telemóvel: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

O aluno usufrui de Abono de Família.

NÃO  SIM (anexar declaração comprovativa da Segurança Social ou entidade patronal)

**b) Encarregado de educação, em 2024/2025**

será o mesmo do ano letivo anterior

SIM  NÃO (A alteração de encarregado de educação, terá de ser efetuada no Portal de Matrículas)

**c) PAI**

Nome Completo: \_\_\_\_\_;

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ País de Naturalidade: \_\_\_\_\_;

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Documento de Identificação:  Cartão de Cidadão;  Autorização de Residência;

Passaporte;  Outro - N.º \_\_\_\_\_; Validade: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_; NISS: \_\_\_\_\_; Utente: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_  
Telemóvel: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Habilitações Escolares: \_\_\_\_\_; Profissão: \_\_\_\_\_

**d) MÃE**

Nome Completo: \_\_\_\_\_;  
Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ País de Naturalidade: \_\_\_\_\_;  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
Documento de Identificação:  Cartão de Cidadão;  Autorização de Residência;  
 Passaporte;  Outro - N.º \_\_\_\_\_; Validade: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
NIF: \_\_\_\_\_; NISS: \_\_\_\_\_; Utente: \_\_\_\_\_  
Residência: \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_  
Telemóvel: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Habilitações Escolares: \_\_\_\_\_; Profissão: \_\_\_\_\_

Entregar junto com o impresso do SEGURO ESCOLAR devidamente preenchido e assinado, com a documentação solicitada; As NORMAS DO SEGURO ESCOLAR, portaria 413/99 de 8 de junho, devem ficar na posse do E.E. para consulta em caso de acidente escolar; manter os dados atualizados; juntar fotografia (tipo passe) atualizada, caso se justifique

**Declaro que tomei conhecimento** o Regulamento Interno do Agrupamento de Escolas de Miraflores comprometendo-se **a cumprir ou a fazer cumprir, conforme o caso, os diplomas referidos**, nos termos das alíneas o) do artigo 10º e k) do nº 2 do artigo 43º da Lei nº 51/2012, de 5 de setembro.

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

(assinatura legível do encarregado de educação ou do aluno, se maior de idade)

**Preenchimento Obrigatório**  
Em Letra de Imprensa

## FICHA PARA SEGURO ESCOLAR

Ano Letivo 20\_\_/20\_\_

Nº Processo \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Turma \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

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

Documento de Identificação  Cartão Cidadão  Autorização Residência  Passaporte

N.º \_\_\_\_\_; Válido até: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

Nº Utente do SNS (bem legível): \_\_\_\_\_; NISS: \_\_\_\_\_;

N.º Subsistema de Saúde \_\_\_\_\_;

ADSE  SAD/GNR – ADMG  SAD/PSP  SAMS/SAMS Quadros

Nº Apólice Seguro: \_\_\_\_\_;

AdvanceCare  Generali Seguros  Médis  Multicare  Outro: \_\_\_\_\_

Nome do Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_

### **Contactos telefónicos de emergência**

Telef.: \_\_\_\_\_; nome da pessoa: \_\_\_\_\_; relação com o aluno: \_\_\_\_\_

Telef.: \_\_\_\_\_; nome da pessoa: \_\_\_\_\_; relação com o aluno: \_\_\_\_\_

Telef.: \_\_\_\_\_; nome da pessoa: \_\_\_\_\_; relação com o aluno: \_\_\_\_\_

Telef.: \_\_\_\_\_; nome da pessoa: \_\_\_\_\_; relação com o aluno: \_\_\_\_\_

### **Antecedentes pessoais cujo registo pode ser útil em caso de emergência**

**Nota: Anexar declaração médica que comprove a situação abaixo referida**

Diabetes  Asma brônquica  Epilepsia  Doença cardíaca  Febre dos Fenos

Rinite Alérgica  Alterações de visão  Outro(s): \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos / alimentos: \_\_\_\_\_

**Autorizo / Não Autorizo** (riscar com clareza o que quer anular) a utilização dos dados constantes nesta Ficha em caso de socorro ou assistência médica de urgência.

**Autorizo / Não Autorizo** (riscar com clareza o que quer anular) a cedência do nome e data de nascimento/idade do meu educando associado ao nº de utente do serviço nacional de saúde, com a indicação da escola, ano e turma que frequenta, ao Centro de Saúde de Oeiras, para desenvolvimento dos programas de saúde escolar, como é o caso, por exemplo, do “cheque dentista”.

**Declaro que tomei conhecimento** das normas de Seguro Escolar, e conheço o Estatuto do Aluno e Ética Escolar, publicado pela Lei nº 51/2012, de 5 de setembro, e o Regulamento Interno do Agrupamento de Escolas de Miraflores comprometendo-se **a cumprir ou a fazer cumprir, conforme o caso, os diplomas referidos**, nos termos das alíneas o) do artigo 10º e k) do nº 2 do artigo 43º da Lei nº 51/2012, de 5 de setembro.

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

O Encarregado de Educação /Aluno se Maior de 18 anos

(se maior tem lugar a pagamento do seguro escolar, no valor fixado em 1% do valor do salário mínimo nacional, arredondado, por defeito)