



**DIVISÃO DE EDUCAÇÃO, CULTURA  
E AÇÃO SOCIAL**

**SERVIÇO DE EDUCAÇÃO**

**BOLETIM DE INSCRIÇÃO**

1º CICLO DO ENSINO BÁSICO – ANO LETIVO 2024/2025

<b>ESCOLA BÁSICA</b> _____	Nova inscrição <input type="checkbox"/> Renovação <input type="checkbox"/>
<b>ANO:</b> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º <input type="checkbox"/> <b>TURMA:</b> _____	2023/2024 EB de _____
	ASE _____ (A preencher pelo Serviço de Educação)
Serviços em que o/a aluno/a está inscrito (A preencher pelos serviços do Município): Refeições escolares <input type="checkbox"/> a partir do dia ___/___/___      ASE <input type="checkbox"/> Transporte escolar <input type="checkbox"/> a partir do dia ___/___/___	N.º Inscrição: _____ Data de Entrada: ___/___/___ Rubrica: _____ (A preencher pelos serviços do Município)

**1. IDENTIFICAÇÃO DO/A ALUNO/A**

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    C.C.: \_\_\_\_\_    N.I.F.: \_\_\_\_\_    N.º Utente (Saúde): \_\_\_\_\_  
Filho de: \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_  
Morada Completa: \_\_\_\_\_    Código Postal \_\_\_ - \_\_\_  
Localidade: \_\_\_\_\_    Freguesia: \_\_\_\_\_    Concelho: \_\_\_\_\_

**2. IDENTIFICAÇÃO DO/A ENCARREGADO/A DE EDUCAÇÃO**

Nome Completo: \_\_\_\_\_    Parentesco: \_\_\_\_\_  
Contactos telefónicos: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_    E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
C.C.: \_\_\_\_\_    N.I.F.: \_\_\_\_\_    Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Preencher apenas no caso de possuir uma morada diferente do/a Aluno/a:**

Morada Completa: \_\_\_\_\_    Código Postal \_\_\_ - \_\_\_  
Localidade: \_\_\_\_\_    Freguesia: \_\_\_\_\_    Concelho: \_\_\_\_\_

**3. SERVIÇOS EM QUE SE INSCREVE**

**A. Transporte escolar**      **SIM**       **NÃO**   
Local de Embarque: \_\_\_\_\_    Local de Desembarque: \_\_\_\_\_

Pretende Transporte:    Ida para Escola     Regresso da Escola     Ida e Regresso

**Justificação para Transporte Escolar (caso a localidade de embarque / desembarque seja diferente da localidade de residência):**

\_\_\_\_\_  
**Autorização:** Aluno/a pode sair sozinho/a dos transportes escolares    Sim     Não

**B. Serviço de Refeições**      **SIM**       **NÃO**   
Dieta específica? Qual \_\_\_\_\_ (juntar atestado médico)    Sim     Não

(No caso de ser solicitada Dieta Específica é necessário preencher e entregar o Formulário de Pedido de Dieta Específica acompanhado pela Declaração Médica, disponível na secretaria do Agrupamento de Escolas Joaquim Inácio da Cruz Sobral)

**C. Adesão à faturação eletrónica**      **SIM**       **NÃO**

**D. Adesão ao débito direto (obrigatório o preenchimento do IBAN)**      **SIM**       **NÃO**

**IBAN:** \_\_\_\_\_ (obrigatório entrega de comprovativo)



## DIVISÃO DE EDUCAÇÃO, CULTURA E ACÇÃO SOCIAL

### SERVIÇO DE EDUCAÇÃO

#### E. Ação Social Escolar

Candidatura - SIM  NÃO

Carta Comprovativa de Escalão de Abono de Família - Escalão 1  Escalão 2

Solicita Avaliação Socioeconómica (pelo serviço de ação social do Município) - SIM  NÃO

IBAN: \_\_\_\_\_ (documento de entrega obrigatória)

**Nota:** Para efeitos de candidatura válida é **obrigatório** a apresentação da declaração da Segurança Social, ou outra entidade competente, comprovativa do posicionamento do agregado familiar nos Escalões do Abono de Família, correspondente ao ano em questão. Se não possuir declaração comprovativa do Escalão de abono de Família, pode, excecionalmente, solicitar avaliação socioeconómica, à Unidade de Educação e Ação Social.

#### 4. INFORMAÇÕES

Pessoas autorizadas a recolher o aluno, no transporte escolar, para além do Encarregado de Educação/Contactos de emergência

Nome	Parentesco	Contacto

#### 5. TERMO DE RESPONSABILIDADE

O/A Encarregado/a de Educação assume inteira responsabilidade, nos termos da lei, pela exatidão de todas as declarações constantes deste boletim, e compromete-se a participar qualquer alteração dos dados constantes no presente boletim de inscrição. Falsas declarações implicam, para além do procedimento legal, imediato cancelamento dos subsídios atribuídos e reposição dos já recebidos.

O/A Encarregado/a de Educação declara, ao abrigo do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, que dá o seu consentimento de forma livre, específica e informada, para a recolha e tratamento dos dados acima recolhidos por parte do Município de Sobral de Monte Agraço, sendo os mesmos partilhados com o Agrupamento de Escolas Joaquim Inácio da Cruz Sobral ou outras entidades sempre que necessário, abrangendo todas as atividades de tratamento, e manutenção de aplicações solicitadas pelo Município, realizadas com a finalidade de inscrever o seu/sua educando/a nos serviços/atividades constantes do presente boletim.

Nos termos do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, é garantido o acesso aos dados, podendo o visado solicitar, por escrito, a sua atualização, correção ou eliminação, sem prejuízo, neste último caso, desses dados se manterem arquivados sempre que tal se justifique.

O/A Encarregado/a de Educação autoriza  ou não autoriza  o Município a tirar fotocópias dos documentos de identificação do/a educando/a e respetivo encarregado/a de educação, necessários para efetivação da presente inscrição

O/A Encarregado/a de Educação toma conhecimento que o Município irá proceder à captura de imagem e vídeo das atividades em iniciativas, promovidas pelo Município ou das quais o Município seja entidade parceira e a utilizar as mesmas nos meios de divulgação municipal, páginas de internet, boletins municipais ou outros.

O/A Encarregado/a de Educação declara que tem conhecimento que o custo do Serviço de Refeições é definido por Despacho Anual do Ministério da Educação, sendo o mesmo faturado mensalmente havendo lugar à cobrança de juros de mora pelo atraso no respetivo pagamento bem como à suspensão do fornecimento do serviço caso se verifique o não pagamento de dois meses consecutivos.

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

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do/a Encarregado/a de Educação)

#### 6. CONFIRMAÇÃO DE DADOS

Conferi a identificação do/a aluno/a, através da apresentação de/o \_\_\_\_\_.

Conferi a identificação do/a Encarregado/a de Educação, através de/o \_\_\_\_\_.

Conferi o escalão de abono de família do/a aluno/a, através de comprovativo/declaração, datada de \_\_\_\_\_, emitida pelo/a \_\_\_\_\_.

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

#### DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:

1. Documento de Identificação do/a Encarregado/a de Educação e do/a Aluno/a;
2. Documento do Cartão de Contribuinte do Encarregado/a de Educação e do/a Aluno/a (caso não apresente o Cartão de Cidadão);
3. Carta de Escalão do Abono de Família (para efeitos de candidatura à Ação Social Escolar)



**DIVISÃO DE EDUCAÇÃO, CULTURA E  
ACÇÃO SOCIAL**

**SERVIÇO DE EDUCAÇÃO**

**AUTORIZAÇÃO PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
Ano Letivo 2024/2025**

A administração de *Brufen*, Antibióticos e/ou outros medicamentos no decurso da Componente de Apoio à Família (CAF) – Interrupções Letivas - carece de prescrição médica, sendo obrigatória a entrega de fotocópia da prescrição médica, e indicação escrita do encarregado/a de educação do horário e dosagem das tomas, na Unidade de Educação e Ação Social.

Na CAF – Interrupções Letivas só será administrado paracetamol, vulgo *Ben-u-ron*, às crianças que apresentem situações de mal-estar físico, imprevistas, e que ocorram no decurso das referidas atividades, carecendo de autorização do encarregado de educação no presente documento, que será reiterada por meio de contacto telefónico, sempre que possível, na altura da ocorrência.

Todos os medicamentos devem ser entregues devidamente identificados com o nome do aluno e devidamente acondicionados.

O Município não se responsabiliza por omissões de informação sobre este assunto por parte do/a encarregado/a de educação.

Caso a dosagem não esteja devidamente preenchida não serão administrados quaisquer medicamentos.

Autorizo a administração de \_\_\_\_ ml ou \_\_\_\_ mg **(obrigatório o preenchimento da dosagem)** de **paracetamol**, vulgo *Ben-u-ron*, ao/à meu/minha educando caso apresente situações de mal-estar físico.

Não autorizo a administração paracetamol ao/à meu/minha educando/a.

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

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do/a Encarregado/a de Educação)