

## MATRÍCULAS – 2020/2021

**1º Ano do Ensino Básico : de 4 de maio a 30 de junho**

**Documentos necessários a enviar para o email: [alunos.secretaria@epas.org](mailto:alunos.secretaria@epas.org)**

- 1 Fotografia;
- Cartão de Cidadão do Aluno e Encarregado de educação (facultivo)
- Atestado Médico e Boletim de Vacinas actualizado (apresentar no início das aulas);
- NIB do Encarregado de Educação (para seguro escolar);
- Confirmação do escalão ASE 2020 pela Declaração de abono de família atual (facultativo)
- Declaração do Poder Paternal, no caso de pais separados;
- Comprovativo de residência e local de trabalho do Encarregado de Educação (ex.: fatura da luz ou água e recibo vencimento)
- Composição do agregado familiar, Declaração validada pela Autoridade Tributária; apenas nos casos em que o encarregado de educação não seja o pai ou a mãe;
- Boletim dados de identificação: Aluno, Pai, Mãe e Encarregado de educação
- Boletim de candidatura a subsídio escolar - facultativo
- Boletim de Inscrição AEC's - Atividade Extra Curriculares
- Boletim de Inscrição CAF (Ronfe e Roupeire) - facultativo
- Normas de Seguro escolar
- Requerimento de matrícula condicional (completam 6 anos - 16 setembro a 31 dezembro)
- Requerimento de transporte para alunos das freguesias:
  - Vermil, Ronfe a frequentar a Escola Básica de Ronfe;
  - Leitões e Figueiredo a frequentar a Escola Básica de Casais-Brito;
  - Oleiros a frequentar a Escola Básica de Poças- Airão S. Maria.

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO**

NOME COMPLETO\* \_\_\_\_\_

PAÍS DE NASCIMENTO\* \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE\* \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO**

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO\* \_\_\_\_\_  
(Cartão Cidadão / Passaporte / Autorização de residência / Certidão de Nascimento)

Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO\* \_\_\_\_\_

DÍGITO DE CONTROLO (preencher no caso de possuir cartão de cidadão) \* \_\_\_\_\_

DATA DE VALIDADE \* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL\* \_\_\_\_\_

Nº DE SEGURANÇA SOCIAL\* \_\_\_\_\_

**HABILITAÇÕES E PROFISSÃO**

FORMAÇÃO ACADÉMICA\* \_\_\_\_\_

SITUAÇÃO DE EMPREGO\* \_\_\_\_\_

PROFISSÃO\* \_\_\_\_\_

**CONTACTOS E MORADA DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO**

Nº DE TELEFONE DE RESIDÊNCIA \* \_\_\_\_\_

Nº DE TELEFONE DE EMPREGO \_\_\_\_\_

Nº DE TELEMÓVEL\* \_\_\_\_\_

E-MAIL\* \_\_\_\_\_ NIB \* \_\_\_\_\_

MORADA \* \_\_\_\_\_

PAÍS\* \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL\* \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

LOCALIDADE \* \_\_\_\_\_

FREGUESIA\* \_\_\_\_\_

CONCELHO\* \_\_\_\_\_

DISTRITO\* \_\_\_\_\_

**\* Dados de preenchimento obrigatório.**

**\*\* Preencher pelo menos um contacto válido.**

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO**

Qual a relação do encarregado de educação com o aluno: \*  
(Pai, Mãe, Avó, Avô, Tio, Tia, Tutor)

NOME COMPLETO\* \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO \* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEXO \*



Masculino



Feminino

PAÍS DE NASCIMENTO \* \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE \* \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO \* \_\_\_\_\_  
(Cartão Cidadão / Passaporte / Autorização de residência / Certidão de Nascimento)

Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO\* \_\_\_\_\_

DÍGITO DE CONTROLO (preencher no caso de possuir cartão de cidadão) \* \_\_\_\_\_

DATA DE VALIDADE \* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL\* \_\_\_\_\_

Nº DE SEGURANÇA SOCIAL\* \_\_\_\_\_ Nº DE UTENTE SNS \* \_\_\_\_\_

Data Atestado Médico \* \_\_\_\_\_ Data Validade Boletim das Vacinas\* \_\_\_\_\_

Centro de Saúde\* \_\_\_\_\_ Médico de Família\* \_\_\_\_\_

Declaração do Poder Parental: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ Pelo Tribunal Judicial da Comarca de: \_\_\_\_\_

**CONTACTOS E MORADAS DO ALUNO**

Nº DE TELEFONE DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ Nº DE TELEMÓVEL\*\* \_\_\_\_\_

MORADA \* \_\_\_\_\_

Nº DE PORTA \* \_\_\_\_\_ PAÍS \* \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL\* \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

LOCALIDADE \* \_\_\_\_\_

FREGUESIA\* \_\_\_\_\_

CONCELHO\* \_\_\_\_\_

DISTRITO\* \_\_\_\_\_

\* Dados de preenchimento obrigatório.

\*\* Preencher pelo menos um contacto válido.

AGRUPAMENTO DE ESCOLAS PROFESSOR ABEL SALAZAR, GUIMARÃES (150812)  
EB 2,3 ABEL SALAZAR – RONFE (343638)

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA MÃE**

NOME COMPLETO\* \_\_\_\_\_

PAÍS DE NASCIMENTO \* \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE \* \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA MÃE**

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO\* \_\_\_\_\_  
(Cartão Cidadão / Passaporte / Autorização de residência / Certidão de Nascimento)

Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO\* \_\_\_\_\_

DÍGITO DE CONTROLO (preencher no caso de possuir cartão de cidadão) \* \_\_\_\_\_

DATA DE VALIDADE\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL\* \_\_\_\_\_

Nº DE SEGURANÇA SOCIAL\* \_\_\_\_\_

**HABILITAÇÕES E PROFISSÃO**

FORMAÇÃO ACADÉMICA\* \_\_\_\_\_

SITUAÇÃO DE EMPREGO\* \_\_\_\_\_

PROFISSÃO\* \_\_\_\_\_

**CONTACTOS E MORADA DA MÃE**

Nº DE TELEFONE DE RESIDÊNCIA\*\* \_\_\_\_\_

Nº DE TELEFONE DE EMPREGO \_\_\_\_\_

Nº DE TELEMÓVEL\*\* \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

MORADA\* \_\_\_\_\_

PAÍS\* \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL\* \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

LOCALIDADE \* \_\_\_\_\_

FREGUESIA\* \_\_\_\_\_

CONCELHO\* \_\_\_\_\_

DISTRITO\* \_\_\_\_\_

**MÃE:** Falecido/Desconhecido ☐ (Colocar uma cruz se for esta a situação)

\* Dados de preenchimento obrigatório.

AGRUPAMENTO DE ESCOLAS PROFESSOR ABEL SALAZAR, GUIMARÃES (150812)  
EB 2,3 ABEL SALAZAR – RONFE (343638)

**\*\* Preencher pelo menos um contacto válido.**

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PAI**

NOME COMPLETO\* \_\_\_\_\_

PAÍS DE NASCIMENTO\* \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE\* \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PAI**

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO\* \_\_\_\_\_  
(Cartão Cidadão / Passaporte / Autorização de residência / Certidão de Nascimento)

Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO\* \_\_\_\_\_

DÍGITO DE CONTROLO (preencher no caso de possuir cartão de cidadão) \* \_\_\_\_\_

Nº DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL\* \_\_\_\_\_

Nº DE SEGURANÇA SOCIAL\* \_\_\_\_\_

**HABILITAÇÕES E PROFISSÃO**

FORMAÇÃO ACADÉMICA\* \_\_\_\_\_

SITUAÇÃO DE EMPREGO\* \_\_\_\_\_

PROFISSÃO\* \_\_\_\_\_

**CONTACTOS E MORADA DO PAI**

Nº DE TELEFONE DE RESIDÊNCIA\* \* \_\_\_\_\_

Nº DE TELEFONE DE EMPREGO \_\_\_\_\_

Nº DE TELEMÓVEL\*\* \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

MORADA\* \_\_\_\_\_

PAÍS\* \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL\* \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

LOCALIDADE \* \_\_\_\_\_

FREGUESIA\* \_\_\_\_\_

CONCELHO\* \_\_\_\_\_

DISTRITO\* \_\_\_\_\_

**PAI:** Falecido/Desconhecido ☐ (Colocar uma cruz se for esta a situação)

**\* Dados de preenchimento obrigatório.**

AGRUPAMENTO DE ESCOLAS PROFESSOR ABEL SALAZAR, GUIMARÃES (150812)  
EB 2,3 ABEL SALAZAR – RONFE (343638)

### REQUERIMENTO DE MATRÍCULA CONDICIONAL

Exma. Senhora Diretora  
Do Agrupamento de escolas Professor Abel Salazar de  
Ronfe

Eu, \_\_\_\_\_  
Encarregado de Educação do aluno (a)  
\_\_\_\_\_ nascido em \_\_/\_\_/\_\_,  
vem solicitar a V. Ex<sup>a</sup> se digne autorizar o ingresso no ensino básico, ao abrigo do disposto nos  
n<sup>os</sup> 4 e 7, artigo nº 5 do Despacho nº 6/2018 de 12 de abril, dependendo a sua aceitação  
definitiva da existência de vaga nos grupos/turmas já constituídas, depois de aplicadas as  
prioridades definidas 10º e 11º do referido despacho.

Ronfe, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

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

**Requerimento Transporte Escolar – EB1/JI** \_\_\_\_\_

Exma. Senhora Diretora  
Do Agrupamento de Escolas Professor Abel Salazar de  
Ronfe

Eu, \_\_\_\_\_  
Encarregado de Educação do aluno (a)  
\_\_\_\_\_ nascido em  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, do Ano \_\_\_\_\_ e Turma \_\_\_\_\_ venho solicitar transporte escolar.

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Freguesia \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_

Distância da Residência à Escola: \_\_\_\_\_ Km

Local de Paragem (Entrada /Saída): \_\_\_\_\_

Ronfe, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

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

### DECLARAÇÃO DE INSCRIÇÃO/COMPROMISSO DE HONRA – AEC'S

Eu, \_\_\_\_\_ Portador  
do documento de identificação n.º \_\_\_\_\_, encarregado de educação do  
aluno(a) \_\_\_\_\_ a frequentar o \_\_\_\_º ano  
de escolaridade, na Escola EB1/JI de \_\_\_\_\_, venho por  
este meio declarar que pretendo a inscrição do meu educando nas seguintes Atividades de  
Enriquecimento Escolar em oferta na referida Escola:

- ☐ Artes Performativas  
☐ Educação Física

Mais declaro, por minha honra que me comprometerei a garantir até ao final do ano letivo a  
frequência daquelas atividades por parte do meu educando, responsabilizando-me pela sua  
assiduidade, participação e envolvimento, bem como pela aceitação das consequências  
previstas no regulamento interno quanto ao incumprimento do compromisso por mim agora  
assumido.

Ronfe, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

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

### DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ Portador  
do documento de identificação n.º \_\_\_\_\_, encarregado de educação do  
aluno(a) \_\_\_\_\_ a frequentar o \_\_\_\_º ano  
de escolaridade, na Escola EB1/JI de \_\_\_\_\_, venho por  
este meio declarar que **não pretendo** a inscrição do meu educando nas seguintes Atividades  
de Enriquecimento Escolar em oferta na referida Escola.

Ronfe, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

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



## SEGURO ESCOLAR

Doenças Alérgicas: Sim \_\_\_ Não \_\_\_ se sim, qual? \_\_\_\_\_

Doenças Crónicas: Sim \_\_\_ Não \_\_\_ se sim, qual? \_\_\_\_\_

Toma medicação Específica? Sim \_\_\_ Não \_\_\_, se sim, qual? \_\_\_\_\_

Em caso de Acidente, contactar:

Nome: \_\_\_\_\_ Contacto Telefónico: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Contacto Telefónico: \_\_\_\_\_

Nota: Apresentar cópia do NIB do Encarregado de Educação \_\_\_\_\_

### NORMAS FUNDAMENTAIS DE SEGURO ESCOLAR (Resumo) (Regulamento anexo à Portaria n.º 413/99, de 08 de junho)

- 1) Considera-se Acidente Escolar o que ocorra durante as atividades programadas pela Escola ou no percurso casa-escola-casa, dentro do período considerado necessário para o aluno efetuar esse percurso, **exceto quando a deslocação se faça em veículo ou velocípede, com ou sem motor, que transportem o aluno ou por este sejam conduzidos.**
- 2) O Seguro Escolar funciona em regime de complementaridade do sistema/subsistema público de saúde e apenas cobre danos pessoais do aluno, podendo cobrir também danos em meios auxiliares de locomoção ou próteses que o sinistrado tivesse necessariamente de utilizar, **por prescrição médica**, para a integração plena nas atividades escolares.
- 3) A assistência médica é prestada pelas instituições hospitalares públicas, podendo ser prestada por instituições hospitalares privadas ou por médicos particulares abrangidos por sistema, subsistema ou seguro de saúde de que o sinistrado seja beneficiário e desde que o hospital público passe um documento onde declare, não existir o tratamento a prestar ou este não possa ser prestado em tempo útil.
- 4) Sempre que ocorra um acidente escolar, o aluno, ou alguém em seu nome, deverá dirigir-se aos Serviços Administrativos e comunicar a ocorrência. Uma cópia do cartão de beneficiário/cartão de cidadão deve estar arquivado na Escola, a fim de poder acompanhá-lo sempre que recorra aos serviços de saúde.
- 5) Nos casos de prescrição de medicamentos, deverá ser apresentada nos Serviços Administrativos o recibo das despesas efetuadas, **acompanhado de cópia do receituário médico**, a fim de ser reembolsado da parte não suportada pelo sistema/subsistema de assistência.
- 6) Nos casos de atropelamento, o Seguro Escolar só atua depois de haver decisão judicial relativamente à culpa dos intervenientes. Torna-se, por isso, indispensável que o/a Encarregado/a de Educação apresente a participação do acidente às autoridades policiais e judiciais competentes, no prazo máximo de 15 dias. O Tribunal é a única entidade competente para definir a responsabilidade da ocorrência que só será coberta pelo seguro escolar se, entre as outras condições, for imputável ao aluno, no todo ou em parte.
- 7) Em caso de dúvida, pode consultar os Serviços Administrativos.
- 8) Estas indicações não dispensam a leitura do Regulamento do Seguro Escolar, aprovado pela Portaria n.º 413/99, de 8 de junho, que pode ser consultada em <http://dre.pt/pdf1sdip/199/06/132800/32213228.pdf>.

As despesas associadas ao sinistrado têm que conter:

**Agrupamento de Escolas Professor Abel Salazar**  
**Rua 13 de Maio 4805-374 Ronfe**  
**Contribuinte n.º 600078698**

**Declaro ter tomado conhecimento** da recolha e tratamento para fins de processamento de pedido de matrícula e de consolidação de um registo biográfico do/a aluno/a no estabelecimento de educação e ensino em que vier a ser colocado, de dados pessoais do encarregado de educação, do/a aluno/a matricular do pai e da mãe do aluno.

Ronfe, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

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



**Boletim de Inscrição nas AAAF da educação Pré-escolar e CAF do 1.º Ciclo do Ensino Básico em período letivo  
Ano letivo 2019/2020**

Escola Básica de: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**1. Valência e modalidade de frequência pretendidas (a preencher pelo Encarregado de Educação):**

Assinale, por favor, com um X a valência e modalidade de frequência pretendidas para o período letivo.

NB: No caso da CAF, apenas poderá ser indicada uma única modalidade de frequência, pelo que a opção assinalada deverá corresponder à que melhor responde às necessidades do seu agregado familiar.

**Valência e Modalidade de Frequência**

AAAF

☐

CAF:

manhã (acolhimento)

☐

tarde

☐

manhã e tarde (acolhimento e tarde)

☐

**Informação sobre o tratamento de dados pessoais**

**Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD - Regulamento (UE) 2016/679)**

De acordo com o RGPD, O Município enquanto responsável pelo tratamento, informa que pode exercer os direitos previstos no art.º 13º, designadamente: Direito de informação, de acesso, de retificação, de apagamento, de limitação do tratamento, de portabilidade, de oposição, de ser informado em caso de violações de segurança.

Para mais informações, deve consultar <http://www.cm-guimaraes.pt/p/rgpd>

Para efeitos do disposto no Despacho Conjunto nº 300/97, de 4 de setembro, as informações constantes deste processo destinam-se exclusivamente ao cálculo do valor de comparticipação mensal pela frequência das Atividades de Animação e Apoio à Família pela Divisão de Educação da Câmara Municipal.

O prazo de conservação dos dados é de 1 ano letivo.

Guimarães, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

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

**2. Situação familiar (a preencher pelos Serviços Administrativos do Agrupamento de Escolas):**

Para efeitos do disposto nos nº 7 e 8 do art.º 33º do Regulamento Municipal de Educação, assinale, por favor, a opção aplicável:

**a) quanto ao aluno:**

aluno integrado no estabelecimento de ensino em resultado do reordenamento da rede escolar ☐

aluno proveniente de agregado familiar integrado no contingente de refugiados ☐

aluno integrado em família de acolhimento e/ou avós ☐

nenhuma das situações ☐

**b) quanto à família:**

família monoparental ☐

família com mais de 1 criança a frequentar a CAF ☐

família com crianças e alunos a frequentar as AAAF e a CAF na mesma escola básica ☐

nenhuma das situações ☐

Está conforme documentos originais.

Serviços Administrativos

---

(Assinatura do Assistente Técnico, com aposição do carimbo em uso no Agrupamento de Escolas)

**IMPRESSO DE ACÇÃO SOCIAL ESCOLAR  
ANO LECTIVO 2020/2021**

Estabelecimento de ensino que frequenta:

Nº Processo: \_\_\_\_\_

<input type="radio"/> <b>EB 2,3 Abel Salazar</b>		<input type="radio"/> EB1/JI Poças Airão Santa Maria
<input type="radio"/> EB1/JI Casais Brito	<input type="radio"/> EB1/JI Ronfe	<input type="radio"/> EB1/JI Roupeire Airão S. João

Nome completo do aluno : \_\_\_\_\_ Nº Contribuinte: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ Ano que frequenta: \_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_ Ano que irá frequentar: \_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Nome da Mãe \_\_\_\_\_

Encarregado de educação: Pai \_\_\_\_ Mãe \_\_\_\_ Outro \_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Nº Contribuinte: \_\_\_\_\_

Tem irmãos a frequentar este Agrupamento? \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

**Documentos a apresentar no ato de candidatura:**

*O Encarregado de Educação deve fazer prova do seu posicionamento no **escalão** de atribuição de abono de família mediante a entrega de documento emitido pelo serviço competente da **Segurança Social** ou, quando se trate de trabalhador da Administração Pública, pelo serviço processador. Se algum dos pais se encontra em situação de **desemprego involuntário** há 3 ou mais meses, deve entregar documento comprovativo (Centro de Emprego).*

Escalão de Abono de Família: 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ sem abono ☐

**Termo de Responsabilidade**

O Encarregado de Educação do aluno assume inteira responsabilidade, nos termos da lei, pela exatidão de todas as declarações contantes deste boletim.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_

A preencher pelos serviços administrativo

Escalão AF: _____	<b>Despacho:</b> O Diretor deliberou incluir o aluno no escalão: _____
Escalão ASE: A ____ B ____ C ____	Data: ____/____/____ Assinatura: _____
Data: ____/____/____ Assinatura: _____	_____

Comprovativo de entrega do impresso de Ação Social Escolar Ano letivo 2020/21 com anexos:

Declaração Segurança Social \_\_\_\_\_ Declaração Centro de Emprego \_\_\_\_\_ Nº contribuinte: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_

✓ Entrega  
X Não entrega