

## Anexo I – Declaração (Preencher no início de cada Ciclo)

Eu, \_\_\_\_\_ Encarregado(a)  
de Educação do(a) aluno(a), \_\_\_\_\_ abaixo

assinado declaro que tomo conhecimento dos pontos 1, 2, 3 e 4, bem como expresso a minha vontade e forneço as seguintes informações consoante as opções a seguir assinaladas. **Mais informo que as opções manter-se-ão até**

**indicação em contrário.**

Ano de ensino que vai frequentar:  Pré-escolar  \_\_\_\_°

### IBAN

Obrigatório para a restituição de verbas, ex.: seguro escolar

PT 50     .     .     .     .     .

(Anexar ou apresentar comprovativo de IBAN para conferência)

### AUTORIZAÇÕES

CI		AUTORIZO <input type="checkbox"/> / NÃO AUTORIZO <input type="checkbox"/> a captação e divulgação de imagens do meu educando nos meios de comunicação do agrupamento.
E-mail	1	AUTORIZO <input type="checkbox"/> / NÃO AUTORIZO <input type="checkbox"/> a criação de e-mail institucional para o meu educando de acordo com a política de utilização disponível em: <a href="http://www.cegogramaio.org/politica-de-email/">http://www.cegogramaio.org/politica-de-email/</a>
RI	2	<input type="checkbox"/> Conheço e concordo com o regulamento interno do Agrupamento de Escolas Cego do Maio disponível em: <a href="http://www.cegogramaio.org/regulamento-interno/">http://www.cegogramaio.org/regulamento-interno/</a>
EE		AUTORIZO <input type="checkbox"/> / NÃO AUTORIZO <input type="checkbox"/> a facultar os meus contactos ao representante dos pais da turma.
RGPD	3	<input type="checkbox"/> Tenho conhecimento da recolha e tratamento dos dados constantes neste impresso para fins de processamento de matrícula - Regime Geral da Proteção Dados disponível em: <a href="http://www.cegogramaio.org/politica-de-privacidade/">http://www.cegogramaio.org/politica-de-privacidade/</a>
Saúde	4	<input type="checkbox"/> Informarei a escola caso o meu educando tenha ou venha a ser diagnosticado com <u>Diabetes tipo 1</u> de acordo com a Orientação n.º 003/2012 da Direção-Geral de Saúde.
	-	AUTORIZO <input type="checkbox"/> / NÃO AUTORIZO <input type="checkbox"/> o meu educando a tomar antipiréticos (Paracetamol) em situações de febre.
VE		AUTORIZO <input type="checkbox"/> / NÃO AUTORIZO <input type="checkbox"/> o meu educando a participar em aulas/atividades no exterior da escola, dentro do horário letivo (com comunicação prévia).

### CONTROLO DE PORTARIA

Apenas 2.º e 3.º Ciclos	Pode sair para <u>almoçar</u> , no final das aulas e nos últimos tempos da manhã e/ou da tarde em caso de ausência do professor	<input type="checkbox"/> CONDICIONAL
	Apenas pode sair da escola no final das aulas	<input type="checkbox"/> IMPEDIDO

Data,

O(A) Encarregado(a) de Educação,

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_