

Exmo.(a) Senhor(a) Encarregado(a) de Educação do(a) /criança / aluno(a)

Nº Processo Matrícula Portal - M2526 - _____

____º Ano

DADOS NECESSÁRIOS PARA O PROCESSO DO ALUNO

a) ALUNO

Nome Completo: _____;

O aluno usufrui de Abono de Família.

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

b) Encarregado de Educação

Qual a relação da/o encarregada/o de educação com a/o aluna/o?

Pai; Mãe; Outro _____ (se for o caso seleccione uma das opções abaixo):

Por decisão judicial; Por mera autoridade de facto ou por delegação, devidamente comprovada.

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: _____

c) PAI (No caso de já ser encarregado de educação não precisa preencher o campo c))

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 (No caso de já ser encarregado de educação não precisa preencher o campo **d**))

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, e o impresso de autorizações de saída da escola.

O encarregado(a) de educação e o aluno(a) declaram 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, que conhecem 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**, e se comprometem a **cumprir ou a fazer cumprir, conforme o caso, os diplomas referidos.**

Miraflores, __/__/____

O(A) encarregado de(a) de educação: _____

O(A) aluno(a): _____

FICHA PARA SEGURO ESCOLAR
Ano Letivo 2025/2026

Preenchimento
Obrigatório
Em Letra de Imprensa

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 Subistema 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

(Aluno maior de 18 anos, tem lugar a pagamento do seguro escolar, no valor fixado em 1% do valor do salário mínimo nacional, arredondado, por defeito)

SEGURO ESCOLAR

O **SEGURO ESCOLAR** constitui um sistema de proteção destinado a garantir a cobertura financeira da assistência, em caso de acidente escolar. As informações abaixo prestadas foram elaboradas de acordo com a Portaria nº 413/99 de 8 de junho, bem como o Manual de Procedimentos do Seguro Escolar, disponível no site da Escola em www.aemiraflores.edu.pt.

1- O SEGURO por ACIDENTE ESCOLAR abrange todos os alunos que se encontram matriculados e a frequentar o Estabelecimento de Ensino.

1.1. Considera-se acidente escolar um incidente que ocorra durante o período escolar: na escola, em visitas de estudo ou durante o trajeto casa/escola/casa.

1.2. Consideram-se acidente escolar todas as situações que ocorram dentro dos parâmetros supramencionados, e que sejam comunicadas à escola no prazo máximo de **48 horas** úteis após o acidente.

1.3. Consideram-se acidente escolar todas as situações de atropelamento que ocorram no trajeto casa/escola/casa, de acordo com o artigo nº 22, da Portaria acima referida.

1.4. Não se considera acidente escolar se o aluno for portador de doença, se o acidente resultar de violência, por conta de outrem, ou de brincadeiras perigosas que impliquem responsabilidade de terceiros ou do próprio, bem como outras situações de exclusão referidas na supracitada legislação.

2- Em caso de ACIDENTE proceder-se-á da seguinte forma:

2.1. Será contactado o encarregado de educação para tomar conhecimento do acidente.

2.2. O transporte do aluno ao hospital, no momento do acidente, será o mais adequado à gravidade da lesão, acompanhado pelo encarregado de educação ou funcionário da escola. No caso de ser acompanhado pelo funcionário da escola, o encarregado de educação deverá comparecer no hospital o mais breve possível.

2.3. O seguro escolar funciona em regime de complementaridade do sistema/subsistemas de saúde de que o aluno é beneficiário, como tal, apenas reembolsa averba não suportada pelo Sistema Nacional de Saúde, Subsistema ou Seguro de Saúde.

O ALUNO SINISTRADO só poderá recorrer aos serviços de médico particular, clínica privada ou outra entidade de cuidado médico, no caso de **comprovada** impossibilidade de utilização dos serviços do hospital (**DECLARAÇÃO DO HOSPITAL**)

3- A assistência médica é prestada nos serviços do Hospital São Francisco Xavier.

Nota: No caso de o aluno, em consequência do acidente, necessitar de canadianas, informamos que estas deverão ser requisitadas na secretaria da respetiva escola. Terminado o tratamento, a devolução das mesmas é de carácter obrigatório.