

FICHA DE INSCRIÇÃO

 CRECHE

 PRÉ – ESCOLAR

Data de Inscrição ____ / ____ / ____

N.º de Sócio _____

N.º de processo _____

N.º de entrada _____

1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA		
Nome:		
Nome pelo qual é tratado:		
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____		Idade: _____
Morada:		
Código Postal:	Localidade:	Telefone:
BI/CC:	NIF:	NISS:
2- FILIAÇÃO		
Nome da Mãe:		D.N. ____ / ____ / ____
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:
Morada:		
Código postal:	Localidade:	
Profissão:	Local de emprego:	Telefone:
BI/CC:	NIF:	NISS:
Nome do Pai:		D.N. ____ / ____ / ____
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:
Morada:		
Código postal:	Localidade:	
Profissão:	Local de emprego:	Telefone:
BI/CC:	NIF:	NISS:
3- IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA A QUEM A CRIANÇA ESTÁ A CARGO (QUANDO NÃO OS PAIS)		
Se está a cargo de outra pessoa		
Motivo:		
Nome:		D.N. ____ / ____ / ____
Telefone:	Telemóvel:	E-mail:
Morada:		
Código postal:	Localidade:	
Profissão:	Local de emprego:	Telefone:

BI/CC:	NIF:	NISS:		
4- PESSOA (S) A QUEM A CRIANÇA PODE SER ENTREGUE				
Nome:			Telefone:	
Nome:			Telefone:	
Nome:			Telefone:	
Nome:			Telefone:	
Nome:			Telefone:	
5- PESSOA (S) A CONTACTAR EM CASO DE EMERGÊNCIA				
Pessoa a contactar:			Telemóvel:	
Parentesco:			Telefone do trabalho:	
6- MOTIVOS QUE JUSTIFICAM A NECESSIDADE DESTE SERVIÇO				
7- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
Irmãos a frequentar a instituição?				
Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Se sim, qual a Resposta?				
Filho de funcionário? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>				
A criança necessita de algum apoio especial? (p.e. comunicação, locomoção)				
Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Se sim, especifique:				
8- SITUAÇÃO DE SAÚDE				
Doenças que já teve até à data:				
Sarampo Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Varicela Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Papeira Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Outras Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Especifique:
Alergias? Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Especifique:				
Doenças? Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Especifique:				
NEE? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>		Se sim, Def. auditiva <input type="radio"/> Def. Visual <input type="radio"/> Def. Motora <input type="radio"/> Multideficiência <input type="radio"/>	Especifique:	
9- FREQUÊNCIA DE OUTROS ESTABELECIMENTOS OU RESPOSTAS SOCIAIS				
Frequência de outras respostas Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>		Se sim, especifique Creche <input type="radio"/>		

	Ama Privada <input type="radio"/>		
	Ama <input type="radio"/>		
	Família (p.e. Avó, Tia) <input type="radio"/>		
10- HORÁRIO PREVISTO DE FREQUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO			
Entrada:	horas	Saída:	horas
11- CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR			
<i>Composição do agregado familiar (Identificação das pessoas que residem com a criança habitualmente)</i>			
Nome	Parentesco	Idade	Profissão
12- FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?			
Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>			
Assinale quais os documentos entregues e a respetiva data de entrega			
Cópia da Certidão de Nascimento ou Cartão do Cidadão		Data de entrega:	
Cópia do Boletim de vacinas ou Declaração do Centro de Saúde com as vacinas actualizadas		Data de entrega:	
Relatório médico que ateste a necessidades de Cuidados Educativas Especiais da criança		Data de entrega:	
13 – CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO (PONDERAÇÃO 100)			
I) Pessoas e grupo social economicamente mais desfavorecidos; (28)			
I) Falta ou incapacidade de um dos pais ou outras situações de risco social para a criança; (23)			
III) Frequência de irmãos no estabelecimento; (18)			
IV) Pais funcionários na instituição; (13)			
V) Residência na freguesia da instituição; (10)			
VI) Pais trabalhadores na freguesia da instituição. (8)			
TOTAL:			

Considera-se que, se não for contactado pelos serviços da Instituição até 15 de Junho, a candidatura do seu educando, apesar de admissível não foi aprovada por falta de vagas. Nesta situação, salvo indicação em contrário, o seu educando ficará em lista de espera, podendo V. Exa. consultar a respetiva posição.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____