



Associação Bem Estar de Parceiros

FICHA DE INSCRIÇÃO CRECHE

Data de Receção ____ / ____ / ____

N.º de entrada _____

1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA		
Nome:		
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____		
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- MOTIVOS QUE JUSTIFICAM A NECESSIDADE DESTE SERVIÇO		

5- 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:			
6- SITUAÇÃO DE SAÚDE			
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:
7- FREQUÊNCIA DE OUTROS ESTABELECIMENTOS OU RESPOSTAS SOCIAIS			
Frequência de outras respostas		Se sim, especifique	
Sim <input type="radio"/>		Creche <input type="radio"/>	
Não <input type="radio"/>		Ama Privada <input type="radio"/>	
		Ama <input type="radio"/>	
		Família (p.e. Avó, Tia) <input type="radio"/>	
8- CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR			
<i>Composição do agregado familiar, Identificação das pessoas que residem com a criança habitualmente</i>			
Nome	Parentesco	Idade	Profissão
9- FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?			
Documentos obrigatórios			
Assinale quais os documentos entregues			
Cópia da Certidão de Nascimento ou Cartão do Cidadão	<input type="radio"/>	Data de entrega:	
Comprovativo Escalão Abono de Família	<input type="radio"/>	Data de entrega:	
Comp. Prestação de Garantia da Infância	<input type="radio"/>	Data de entrega:	
Declaração Família Numerosa ou Família Monoparental	<input type="radio"/>	Data de entrega:	
Declaração do Centro de Saúde com a situação vacinal	<input type="radio"/>	Data de entrega:	

Declaração Médica que ateste não existir qualquer doença que impeça a frequência na Instituição <input type="radio"/>	Data de entrega:
Relatório médico que ateste a necessidades de Cuidados Educativos Especiais da criança <input type="radio"/>	Data de entrega:
10 – CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO , identificar com "X" nos casos em que se apliquem:	
I) Crianças que frequentaram a creche no ano anterior (Renovações de Matrícula)	
II) Crianças com deficiência/incapacidade.	
III) Crianças filhos de mães e pais estudantes menores, ou beneficiários de assistência pessoal no âmbito do Apoio à Vida Independente ou reconhecido como cuidador informal principal, ou crianças em situação de acolhimento ou em casa abrigo.	
IV) Crianças com irmãos, que comprovadamente pertençam ao mesmo agregado familiar, que frequentam a resposta social.	
V) Crianças beneficiárias da prestação social Garantia para a Infância e/ou com abono de família para crianças e jovens (1.º e 2.º escalões), cujos encarregados de educação residam, comprovadamente, na área de influência da resposta social.	
VI) Crianças beneficiárias da prestação social Garantia para a Infância e/ou com abono de família para crianças e jovens (1.º e 2.º escalões), cujos encarregados de educação desenvolvam a atividade profissional, comprovadamente, na área de influência da resposta social.	
VII) Crianças em agregados monoparentais ou famílias numerosas, cujos encarregados de educação residam, comprovadamente, na área de influência da resposta social.	
VIII) Crianças cujos encarregados de educação residam, comprovadamente, na área de influência da resposta social.	
IX) Crianças em agregados monoparentais ou famílias numerosas cujos encarregados de educação desenvolvam a atividade profissional, comprovadamente, na área de influência da resposta social.	
X) Crianças cujos encarregados de educação desenvolvam a atividade profissional, comprovadamente, na área de influência da resposta social.	
XI) Pais funcionários na instituição (só considerar em caso de desempate);	
11 - Critérios de Priorização	Ponderação
Renovações Matrícula*	100*
Escalão Abono de Família 1º	20
Escalão Abono de Família 2º	20
Escalão Abono de Família 3º	10
Prestação Social de Garantia para a Infância*	100*
Crianças abrangidas por medidas promoção e proteção*	100*
Deficiência / Incapacidade*	100*
Crianças filhos estudantes menores*	100*
Crianças beneficiários de Assistência Pessoal no âmbito de apoio à vida*	100*
Crianças filhos de cuidador informal principal*	100*
Crianças em situação de acolhimento ou casa de abrigo *	100*
Irmãos que frequentem a resposta social	50
Família Monoparental ou Numerosa.	5
Residência na área de influência da instituição.	20
Trabalhadores na freguesia	10

*Critérios/ ponderação não cumulativo

Apenas serão consideradas válidas as candidaturas que se façam acompanhar dos documentos obrigatórios até à data de 15 de maio do ano de admissão.

Considera-se que, se não for contactado pelos serviços da Instituição até 15 de Junho, através dos meios telefónicos ou email, a candidatura do seu educando, apesar de admissível não foi aprovada por falta de vagas. Nesta situação, o seu educando ficará em lista de espera para o ano letivo da inscrição.

Data: __/__/____

Assinatura: _____