

A preencher pela Instituição

Resposta Social Educativa:

Creche Pré-escolar CATL

Ano letivo: _____ / _____

A preencher pela Instituição

Data de receção da ficha ___ / ___ / _____

Nº de Utente _____

Ficha de Candidatura | Inscrição

Dados de Identificação da Criança

Nome: _____

Data de Nascimento: ___ / ___ / _____ ou Data prevista de Nascimento: ___ / ___ / _____ País: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____ Concelho: _____

CC / TR / Passaporte nº _____ Emissão: ___ / ___ / _____ ou Validade: ___ / ___ / _____

NIF: _____ Cartão do SNS: _____ NISS: _____

Dados de Saúde da Criança

Grupo sanguíneo: _____ Centro de Saúde: _____ Contacto: _____

Médico de família: _____ Contacto: _____

Pediatra: _____ Contacto: _____

Alergias: _____ Restrições alimentares: _____

Contatos prioritários

Nome do familiar de contato 1: _____ Parentesco: _____

Telemóvel: _____ E-mail: _____

Nome do familiar de contato 2: _____ Parentesco: _____

Telemóvel: _____ E-mail: _____

Filiação

Nome da Mãe: _____ Data de Nascimento: ___ / ___ / _____

CC / TR / Passaporte nº _____ Emissão: ___ / ___ / _____ Validade: ___ / ___ / _____ País: _____

NIF: _____ Cartão do SNS: _____ NISS: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____ Hab. Literárias: _____

Tel/Telemóvel: _____ E-mail: _____

Prof: _____ Entidade Empregadora: _____ Tel. do Trabalho: _____

Localidade do Trabalho: _____ Concelho do Trabalho: _____

Nome do Pai: _____ Data de Nascimento: ___ / ___ / _____

CC / TR / Passaporte nº _____ Emissão: ___ / ___ / _____ Validade: ___ / ___ / _____ País: _____

NIF: _____ Cartão do SNS: _____ NISS: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____ Hab. Literárias: _____

Tel/Telemóvel: _____ E-mail: _____

Prof: _____ Entidade Empregadora: _____ Tel. do Trabalho: _____

Localidade do Trabalho: _____ Concelho do Trabalho: _____

Composição do Agregado Familiar

(Identificação das Pessoas que residem com a criança habitualmente)

Nome	Parentesco	Idade	Profissão	Rendimento Mensal Líquido
Sub-total				
Agregado Familiar Beneficiário de Rendimento Social de Inserção: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
Outros Rendimentos				
Total				

Nome do responsável pelo pagamento das mensalidades: _____

Dados do Agregado Familiar

Tipo de Habitação	Propriedade		Encargos
<input type="checkbox"/> Vivenda	<input type="checkbox"/> Própria	Habitação	
<input type="checkbox"/> Andar	<input type="checkbox"/> Alugada	Saúde (doença crónica)	
<input type="checkbox"/> Parte de casa	<input type="checkbox"/> Cedida	Outros (só casos muito especiais)	
<input type="checkbox"/> Quarto	<input type="checkbox"/> Outra situação		
<input type="checkbox"/> Outra situação	-----		
-----		Total:	

Informações Complementares

- Situação encaminhada pela Segurança Social
- Situação de Risco; especifique: _____
- Necessidades educativas; especifique: _____
- Filho de Funcionário
- Filho de Ex-aluno
- Irmãos a frequentar a Instituição
- Observações: _____

É a primeira vez que inscreve o seu educando neste estabelecimento? Sim Não: Ano (s) de inscrição: _____

Horário

Horas de chegada: _____ Horas de saída: _____

Visita às instalações: Sim Não

- Declaro em como tomei conhecimento do Regulamento Interno.
- Autorizo a divulgação dos dados de identificação pessoal constantes nesta ficha para efeitos estatísticos.

Data de Inscrição:

Ass: Pela Família

Ass: Pela Instituição

_____/_____/_____

(Esta Ficha de Candidatura não garante a vaga de admissão; obedece a critérios de ponderação, idade e disponibilidade de vaga em sala)

A preencher pela Instituição

<input type="checkbox"/> Cumpre os critérios e está dentro do limite de vagas do estabelecimento:
<input type="checkbox"/> Data da Entrevista de Pré-diagnóstico: ____/____/_____
<input type="checkbox"/> Cumpre critérios, mas não está dentro do limite de vagas do estabelecimento
<input type="checkbox"/> Não cumpre os critérios. Informação comunicada à família
Data de Saída: ____/____/_____ Motivo: _____