

# FICHA DE INSCRIÇÃO



Ano Letivo de 20\_\_/20\_\_

Processo n°. \_\_\_\_\_

Data de Inscrição em Lista de Espera: \_\_\_\_\_

Data de Inscrição: \_\_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_\_\_

Data de Saída: \_\_\_\_\_

## DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA:

Nome do Aluno (a) \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cartão de Cidadão/BI \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Natural de \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone Casa: \_\_\_\_\_

## FILIAÇÃO:

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Criança a cargo de:

Pais  Mãe  Pai  Outros  Quem: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Identificação do encarregado de educação (quando não os pais)

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Tem irmãos? Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Número: \_\_\_

Tem irmãos a frequentar este estabelecimento? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Se sim: Sala: \_\_\_\_\_

A criança preenche os pré-requisitos para admissão?

- Não sofre de qualquer doença infecto-contagiosa e tem o Boletim de Vacinas actualizado: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

- Tem mais de 4 meses: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

- Efetuou a inscrição e o respetivo pagamento: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

- Existe vaga na valência pretendida: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

## SAÍDA DA INSTITUIÇÃO:

Transporte: Não  Sim  Se sim: 1 Viagem  2 Viagens

Zona 1  Zona 2

Morada \_\_\_\_\_

Hora de recolha: \_\_\_\_\_ Hora de entrega: \_\_\_\_\_ Entregue a \_\_\_\_\_

Pessoas autorizadas a levar a criança: \_\_\_\_\_

#### ALIMENTAÇÃO:

Regime Mensal  Regime Avulso  Serviço de Refeitório

Alergias alimentares: \_\_\_\_\_

#### SAÚDE:

Sofre de alguma doença:

Alergias Sim  Não  Especifique: \_\_\_\_\_

Doenças Sim  Não  Especifique: \_\_\_\_\_

NEE Sim  Não  Se Sim:

Deficiência auditiva   
Deficiência visual   
Deficiência motora   
Multideficiência

Nome do Pediatra: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_

Pessoa a contactar em caso de emergência:

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ TLM: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ TLM: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ TLM: \_\_\_\_\_

#### NO ATO DE INSCRIÇÃO, PARA QUE A FICHA FIQUE CONCLUÍDA, DEVE FAZER-SE ACOMPANHAR DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:

Fotocópia do Cartão de Cidadão / BI  Fotocópia do Boletim de Vacinas

Fotocópia do Cartão de Saúde

Declaração médica em como a criança pode frequentar este tipo de equipamento (sem doença infecto contagiosa)  1 Fotografia

#### VISITA ÀS INSTALAÇÕES:

Sim

Não, a família assim o entendeu

Não, porque \_\_\_\_\_

#### CONTATO COM O FUTURO EDUCADOR DE INFÂNCIA E AUXILIARES:

Sim

Não, a família assim o entendeu

Não, porque \_\_\_\_\_

Nota: As informações prestadas são confidenciais e para uso exclusivo da instituição.

**Tomei conhecimento das normas internas da instituição e estou de acordo com as mesmas.**

**Assumo a veracidade de todas as informações prestadas na presente ficha de inscrição.**

**O Encarregado de Educação:** \_\_\_\_\_

E-mail do Encarregado de Educação \_\_\_\_\_

**P'ela Instituição:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_