

FICHA DE INSCRIÇÃO



Ano Letivo de **20**__/20__ Processo n.º. _____ Data de Inscrição: _____
Data de Inscrição em Lista de Espera: _____ Data de Admissão: _____
Data de Saída: _____ Seguro Acidentes Pessoais - APÓLICE N.º. 008989112- ZURICH

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA:

Nome do Aluno (a) _____
Data de Nascimento ___/___/___ Cartão de Cidadão/Cédula _____ NIF _____
N.º Segurança Social _____ N.º Utente Saúde _____
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:
Pai 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?
- Irmão de uma criança que frequente ou já tenha frequentado o Pinheirinho: Sim ___ Não ___
- Boletim de Vacinas atualizado: 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 ___
- Data da pré-inscrição: Sim ___ Não ___

SAÍDA DA INSTITUIÇÃO:

Transporte: Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Se sim: 1 Viagem	<input type="checkbox"/>	2 Viagens	<input type="checkbox"/>
				Zona 1	<input type="checkbox"/>	Zona 2	<input type="checkbox"/>
Morada	_____						
Hora de recolha:	_____	Hora de entrega:	_____	Entregue a	_____		
Pessoas autorizadas a levar a criança:	_____						

ALIMENTAÇÃO:

Regime Mensal	<input type="checkbox"/>	Regime Avulso	<input type="checkbox"/>	Serviço de Refeitório	<input type="checkbox"/>
Alergias alimentares:	_____				

SAÚDE:

Sofre de alguma doença:					
Alergias	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Especifique: _____
Doenças	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Especifique: _____
NEE	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Se Sim:
					Deficiência auditiva <input type="checkbox"/>
					Deficiência visual <input type="checkbox"/>
					Deficiência motora <input type="checkbox"/>
					Multideficiência <input type="checkbox"/>
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:

Apresentação do Cartão de Cidadão/Cédula	<input type="checkbox"/>	Fotocópia do Boletim de Vacinas	<input type="checkbox"/>
Apresentação do Cartão de Saúde	<input type="checkbox"/>		
1 Fotografia	<input type="checkbox"/>		

VISITA ÀS INSTALAÇÕES:

Sim	<input type="checkbox"/>
Não, a família assim o entendeu	<input type="checkbox"/>
Não porque	_____

CONTACTO COM O FUTURO EDUCADOR DE INFÂNCIA E AUXILIARES:

Sim	<input type="checkbox"/>
Não, a família assim o entendeu	<input type="checkbox"/>
Não porque _____	

AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Autorizo a utilização dos dados pessoais constantes no Cartão de Cidadão da criança _____, em contexto educativo.
Assinatura do Enc. de Educação _____

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: ____/____/____