CENTRO SOCIAL DA PARÓQUIA DE S. SALVADOR – VISEU

FICHA DE INSCRIÇÃO DO PRÉ ESCOLAR

Data da inscrição ____/_____/____	ANO ESCOLAR _____/_____	Data de admissão ____/_____/____ Data de saída ____/_____/____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA NA RESPOSTA SOCIAL

Nome: _____

Nome pelo qual é tratado: _____Data de nascimento: _____/ _____/ _____ Idade: ____ Anos _____Meses

CC/BI Nº _____ NIF _____ NISS _____

Morada: _____

Código Postal : _____ - _____ Localidade: _____ Telefone: _____

2. FILIAÇÃO

Nome da Mãe: _____ E-mail:_____

Profissão: _____ Telefone emprego: _____

Morada do emprego: _____ Código Postal: _____-_____

Morada Habitacional: _____

Código Postal : _____ - _____ Localidade: _____

Telefone _____ Telemóvel: _____ Idade: ____ NIF:_____

Nome do Pai: _____ E-mail:_____

Profissão: _____ Telefone emprego: _____

Morada do emprego: _____ Código Postal: _____-_____

Morada Habitacional: _____

Código Postal : _____ - _____ Localidade: _____

Telefone _____ Telemóvel: _____ Idade: ____ NIF: _____

3. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Frequência de outros estabelecimentos ou respostas sociais:

Frequenta de outras respostas: Sim O Não O

Se sim, especifique: Creche O Ama privada O Ama O Família O

Encaminhamento de outros serviços (p.e. Segurança Social)

Encaminhamento: Sim O Não O Especifique: _____

Irmãos a frequentar esta ou outra resposta social na Instituição? Sim O Não O

4. CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Composição do agregado familiar. Identificação das pessoas que residem com a criança habitualmente:

Nome	Parentesco	Idade	Profissão

Agregado familiar beneficiário do RSI: Sim ⬭ Não ⬭

Criança a cargo de: Pais O Pai O Mãe O Outros O

Se está a cargo de outra pessoa, indique o motivo: _____

Identificação da pessoa a quem a criança está a cargo (quando não os pais)

Nome: _____

Profissão: _____ Local do emprego: _____ Telef. _____

Morada: _____

Código Postal : _____ - _____ Localidade: _____

Telefone _____ Telemóvel: _____ Idade: ____ Anos

5. SITUAÇÃO DE SAÚDE

Doenças que já teve até à data:

Sarampo	Varicela	Papeira	Outras	Especifique
Sim O Não O	Sim O Não O	Sim O Não O	Sim O Não O	

Sofre de alguma doenças

Alergias	Sim O	Não O	Especifique	
Doenças	Sim O	Não O		

NEE: Sim O Não O Se sim, indique:

Def.auditiva O	Def.Visual O	Especifique	
Def. motora O	Multideficiência O		

Cartão de vacinas atualizado: Sim O Não O Especifique:_____

6. HORÁRIO DE TRABALHO DOS PAIS/ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO:

MÃE:_____

PAI:_____

7. VISITA ÀS INSTALAÇÕES/OBSERVAÇÕES DA ENTREVISTA:

Visita às instalações

Sim O Não, a família assim o entendeu O Não, o estabelecimento não tinha disponibilidade

Observações:

_____

_____

Admissível: Sim O Não O

Nota: No caso de não existir qualquer contacto por parte do cliente e/ou seu representante legal, a presente inscrição deixa de ser válida decorrido um ano.

8. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim O Não O

Assinale quais os documentos em falta e a respetiva data de entrega:

Cópia da cédula ou certidão de nascimento da criança	O	Data de entrega: ____/___/___
Cópia do boletim de vacinas atualizado	O	Data de entrega: ____/___/___
Documento médico que comprove que a criança não sofre de doença contagiosa	O	Data de entrega: ____/___/___
Cópia do cartão de cidadão da criança	O	Data de entrega: ____/___/___
Cópia do cartão de cidadão dos pais/responsáveis	O	Data de entrega: ____/___/___
Cópia da declaração de IRS (modelo3) e respetivo comprovativo de liquidação	O	Data de entrega: ____/___/___
Cópia do recibo de vencimento dos familiares	O	Data de entrega: ____/___/___
Cópia dos encargos com a habitação	O	Data de entrega: ____/___/___
Cópia de documento de identificação com fotografia das pessoas autorizadas a recolher a criança no final do dia	O	Data de entrega: ____/___/___
Outros: Especificar	O	Data de entrega: ____/___/___

9. ASSINATURAS

Família _____ data ____/____/____

Organização: _____ data ____/____/____