



FICHA DE INSCRIÇÃO

Fotografia

Ano Letivo: _____ / _____ Data de Entrada: _____

Nº de Inscrição Provisório: _____ Nº de Apólice de seguro: **0002828851**

VALÊNCIA:

Creche

Jardim de Infância

Critérios de seleção e priorização:

1º: Ordem de chegada, ou seja, consoante a data da pré-inscrição realizada pelos encarregados de Educação

2º: Irmão / Irmã na instituição

Ponto da Situação da Inscrição:

Admitida

Não admitida (lista de espera) Sala: _____

Não admitida e anulada inscrição pela família

Não admitida e anulada inscrição por não respeitar requisitos

1. Dados a preencher para a inscrição da criança no estabelecimento

Dados de Identificação da Criança

Nome: _____

Nome pelo qual é tratado: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Anos _____ Meses

Morada: _____

Código postal: _____ - _____ Localidade: _____

NIF: _____ Telefone: _____

Nº Segurança Social: _____ Nº Utente: _____ Nº ID Cível: _____

2. Filiação

2.1. Nome da mãe: _____

Profissão: _____ Local de emprego: _____ Telefone: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ Localidade: _____

Telemóvel: _____ Idade: _____ Email: _____

NIF: _____ Nº Segurança Social: _____ Nº Utente: _____ Nº ID Cível: _____

2.2. Nome do pai: _____

Profissão: _____ Local de emprego: _____ Telefone: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ Localidade: _____

Telemóvel: _____ Idade: _____ Email: _____

NIF: _____ Nº Segurança Social: _____ Nº Utente: _____ Nº ID Cível: _____

Horário previsto de frequência do estabelecimento

Entrada: _____ horas _____ minutos Saída: _____ horas _____ minutos

3. Outras Informações

3.1. Irmãos a Frequentar o Estabelecimento: Sim Não

Se sim, indicar: _____

Creche Jardim de Infância Sala Centro de Estudos CATL

3.2. Número de irmãos: Idade: Sexo F M

3.3. Horário de trabalho dos pais:

Mãe: _____

Pai: _____

4. Criança que necessita de algum apoio especial:

Sim Não

5. Pessoa(s) a contactar em caso de emergência

5.1 Pessoa a contactar: _____

Parentesco: _____ Telemóvel: _____ Telefone do serviço: _____

Local de emprego: _____

5.2 Pessoa a contactar: _____

Parentesco: _____ Telemóvel: _____ Telefone do serviço: _____

Local de emprego: _____

6. Pessoas autorizadas a levar a criança:



6.1. Nome: _____

Contato: _____ B.I./Cartão Cidadão n.º: _____



6.2. Nome: _____

Contato: _____ B.I./Cartão Cidadão n.º: _____



6.3. Nome: _____

Contato: _____ B.I./Cartão Cidadão n.º: _____

7. Situação Sócio-familiar:

7.1. Vive com os pais 7.2. Vive com o pai 7.3. Vive com a mãe 7.4. Outros

7.5. Tipo de habitação: Própria Arrendada Casa Andar Anexos

7.6. Composição do agregado familiar: _____

7.7. Outros: _____

.....

8. Encarregado de Educação

Nome _____

Grau de parentesco: _____ Contacto: _____

.....

9. Saúde

Doenças que já teve até à data

Sarampo	Varicela	Papeira	Outras
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Sim, Especifique _____
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não

Sofre de alguma doença

Alergias

Sim, Especifique _____

Não

Doenças

Sim, Especifique _____

Não

Necessidades Educativas Especiais

Se sim

<input type="radio"/> Sim,	<input type="radio"/> Def. auditiva	Especifique _____
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Def. visual	
	<input type="radio"/> Def. motora	
	<input type="radio"/> Multideficiência	

Boletim Individual de Saúde

Atualizado Não atualizado (matrícula condicionada)

Posição para dormir

Sim, Especifique _____

Não

Adormecer

Adormece com facilidade, Especifique _____

Não adormece com facilidade

Objeto para dormir

Sim, Especifique _____

Não

Dorme durante o dia

Sim, Especifique _____

Não

10. HÁBITOS DE HIGIENE:

Controlo das Micções Defecções

- Sim Sim Especifique _____
 Não Não

Usa fralda

- Durante o dia Só para dormir

Não usa fralda

Preocupações relacionadas com os hábitos de higiene

11. Hábitos Alimentares:

Só bebe líquidos Come comida passada Já come sólidos

12. Visitas de Estudo, passeios, atividades pedagógicas fora do espaço da instituição

13.

Sempre autorizado Não autorizado* Autorização condicionada a aviso prévio; se possível*

(*) Em situações excecionais, pode a criança ser obrigada a ficar em casa. Noutras situações, será reencaminhada para outra sala.

14. Médico Assistente:

Nome: _____

Morada: _____

Contacto: _____

15. Data de Saída: ____ / ____ / ____

Motivo da cessação ou rescisão: _____

Observações:

O/A Encarregado (a) de Educação

O/A representante da instituição
