

FICHA DE INSCRIÇÃO



Ano Letivo: _____ / _____ Data de Entrada: _____

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

VALÊNCIA:

CATL

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)

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 Cívil: _____

Percurso escolar:

Ano letivo: _____ Ano: _____ Turma: _____ Escola: _____ Professor: _____

Ano letivo: _____ Ano: _____ Turma: _____ Escola: _____ Professor: _____

Ano letivo: _____ Ano: _____ Turma: _____ Escola: _____ Professor: _____

Ano letivo: _____ Ano: _____ Turma: _____ Escola: _____ Professor: _____

Ano letivo: _____ Ano: _____ Turma: _____ Escola: _____ Professor: _____

Ano letivo: _____ Ano: _____ Turma: _____ Escola: _____ Professor: _____

Ano letivo: _____ Ano: _____ Turma: _____ Escola: _____ Professor: _____

Ano letivo: _____ Ano: _____ Turma: _____ Escola: _____ Professor: _____

Ano letivo: _____ Ano: _____ Turma: _____ Escola: _____ Professor: _____

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 Cívil: _____

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

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: _____
Fotografia Contato: _____ B.I./Cartão Cidadão: _____

6.2. Nome: _____
Fotografia Contato: _____ B.I./Cartão Cidadão: _____

6.3. Nome: _____
Fotografia Contato: _____ B.I./Cartão Cidadão: _____

.....

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 (matricula condicionada)

.....

.....

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

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

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

11. Médico Assistente:

Nome: _____

Morada: _____

Contato: _____

.....

12. Data de Saída: ____ / ____ / ____

Motivo da cessação ou rescisão: _____

Observações: _____

O/A Encarregado (a) de Educação

O/A representante da instituição
