



FICHA DE INSCRIÇÃO

(a preencher pelos Serviços Administrativos)

Data de Entrada da Inscrição ____/____/____	ANO LECTIVO DE ____/____	
Valência	Creche <input type="radio"/>	Pré-escolar <input type="radio"/>

Ponto de situação
<input type="radio"/> Admitida Data ____/____/____
<input type="radio"/> Em lista de Espera
<input type="radio"/> Não admitida e anulada a inscrição pela família
<input type="radio"/> Não admitida e anulada a inscrição por não respeitar requisitos

N.º de Processo _____

Sala _____

(A preencher pelos Serviços Administrativos)

1. DADOS A PREENCHER PARA A INSCRIÇÃO DA CRIANÇA NO ESTABELECIMENTO

Nome da Criança _____

Data de Nascimento ____/____/____ Naturalidade _____

Cédula/B.I. / cartão de Cidadão n.º _____ Validade ____/____/____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal _____ - _____

Telefone _____ N.º de Identificação de Segurança Social (NISS) _____

N.º de Contribuinte _____

FILIAÇÃO

Nome da Mãe _____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal _____ - _____

Telefone _____ Telemóvel _____

Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão n.º _____ validade ____ de ____ de ____

Contribuinte n.º _____ N.º de Identificação de Segurança Social _____

Email _____

Profissão _____ Local de Emprego _____ Telefone _____

Habilitações Literárias _____



Nome do Pai _____
Morada _____
Localidade _____ Código Postal _____ - _____
Telefone _____ Telemóvel _____
Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão n.º _____ validade ____ de _____ de _____
Contribuinte n.º _____ N.º de Identificação de Segurança Social _____
Email _____
Profissão _____ Local de Emprego _____ Telefone _____
Habilitações Literárias _____

Encarregado de Educação

Nome _____
Bilhete de Identidade/ Cartão de Cidadão _____ Válido até ____ / ____ / ____
Morada _____
Localidade _____ Código Postal _____ - _____
Telefone _____ Telemóvel _____
Email _____
Habilitações Literárias _____

Irmãos a frequentar o Estabelecimento Sim Não
Criança que necessita de algum apoio especial Sim Não

Se sim especifique

Deficiência Auditiva Deficiência Visual Deficiência Motora Multideficiência Outra

Especifique _____

2. Composição do Agregado Familiar (Identificação das pessoas que residem habitualmente com a criança)

Nome	Parentesco	Idade	Profissão

(Dados sujeitos a confirmação pelos serviços administrativos)



Agregado Familiar Beneficiário de RSI Sim Não

3. DADOS DO AGREGADO FAMILIAR

Tipo de Habitação
<input type="radio"/> Vivenda
<input type="radio"/> Andar
<input type="radio"/> Parte da Casa
<input type="radio"/> Quarto
<input type="radio"/> Outro. Qual _____

Propriedade
<input type="radio"/> Própria
<input type="radio"/> Alugada
<input type="radio"/> Outra. Qual _____

Visita às Instalações

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

Horário em que pretende que o seu educando frequente a instituição:

De Segunda a Sexta feira entre as _____ h _____ m e as _____ h _____ m

Declaro que todas as informações que forneci neste documento são verdadeiras, não havendo omissão que possa influenciar os critérios de admissão definidos pela instituição.

Data ____/____/____

O responsável
