



## FICHA DE INSCRIÇÃO/ RENOVAÇÃO AAAF (Atividades de Animação e Apoio à Família)

<b>A preencher pelos Serviços</b> Nº de inscrição: _____ Data de apresentação da inscrição: ___/___/___ <b>Ponto de situação da inscrição:</b> <input type="checkbox"/> Admitida <input type="checkbox"/> Não admitida, mas interessado/a em ingressar (lista de espera) <input type="checkbox"/> Não admitida e anulada inscrição pela família <input type="checkbox"/> Não admitida e anulada por não respeitar requisitos	Fotografia
---	------------

### Dados de identificação da Criança

Nome: _____
Nome pelo qual é tratado: _____ Data de nascimento ___/___/___ Idade: ____
Nº B.I. ou C. Cidadão: _____ Nº Contribuinte: _____
Nº Identificação da Segurança Social: _____ Nº Cartão de Utente _____
Grupo Sanguíneo: _____

### Filiação:

<b>Nome da Mãe:</b> _____ Idade: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ - _____ Localidade _____
Contactos: Tel: _____ Tlm: _____ Email: _____
Contacto do trabalho: _____ Horário _____
Nº B.I. ou C. Cidadão: _____ Nº Contribuinte: _____
<b>Nome da Pai:</b> _____ Idade: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ - _____ Localidade _____
Contactos: Tel: _____ Tlm: _____ Email: _____
Contacto do trabalho: _____ Horário _____
Nº B.I. ou C. Cidadão: _____ Nº Contribuinte: _____

### Identificação do/a responsável pela criança (quando não os pais)

Nome: _____ Idade: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ - _____ Localidade _____
Contactos: Tel: _____ Tlm: _____ Email: _____
Contacto do trabalho: _____ Horário _____
Nº B.I. ou C. Cidadão: _____ Nº Contribuinte: _____

Existe Regulação do poder paternal? Sim  Não   
A criança pode ser entregue: à mãe  ao pai  a ambos

**Pessoa(s) a quem a criança apode ser entregue (quando não os pais)**

1. Nome: _____ Grau de parentesco _____ Contacto: _____
--

2. Nome: _____ Grau de parentesco _____ Contacto: _____
--

**Pessoa(s) a contactar em caso de emergência (por ordem de prioridade)**

1. Nome: _____ Grau de parentesco _____ Contacto: _____
--

2. Nome: _____ Grau de parentesco _____ Contacto: _____
--

<b>Irmãos a frequentar o Estabelecimento?</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, quantos? _____ <b>Serviços:</b> Creche <input type="checkbox"/> AAAF <input type="checkbox"/> CATL <input type="checkbox"/> <b>A criança necessita de algum apoio especial?</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <b>Se sim, especifique qual:</b> _____ Refira se a criança tem algum problema de saúde grave ou é alérgico a algum alimento _____ _____
---

**Composição do agregado familiar**

Nº	Nome	Parentesco	Idade	Habilitações	Situação profissional*	Profissão

\* Efetivo, Contratado, Trabalhador Independente, Reformado, Doméstico, Desempregado, Estudante.

**Habitação do agregado familiar/situação**

Arrendada  Própria  De familiar

**Visita às instalações?**

Sim

Não, o(a) cliente não quis.

Não, o estabelecimento não teve disponibilidade.

Data proposta de início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário proposto de frequência: Das \_\_\_\_h\_\_m às \_\_\_\_h\_\_m

**Transporte**

Deslocação: Casa → Estabelecimento

Local de recolha \_\_\_\_\_ Pessoa que entrega \_\_\_\_\_

Deslocação: Estabelecimento → Casa

Local de entrega \_\_\_\_\_ Pessoa que acolhe \_\_\_\_\_

Estabelecimento de ensino que frequenta: \_\_\_\_\_

Nome da Professora: \_\_\_\_\_

**Autorização saídas ao exterior para participação em atividades**

Autorizo

Não autorizo

**Observações:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

O Cliente

O CSJ Belinho

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_