



FICHA DE INSCRIÇÃO/ RENOVAÇÃO Creche

A preencher pelos Serviços

Nº de inscrição: _____

Data de apresentação da inscrição: ___/___/___

Ponto de situação da inscrição:

- Admitida
 Não admitida, mas interessado/a em ingressar (lista de espera)
 Não admitida e anulada inscrição pela família
 Não admitida e anulada por não respeitar requisitos
 Não admitida porque a instituição não pode dar resposta, internamente ou a pedido do cliente (reencaminhamento para outra organização ou prestação de informação adicional)

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:

Nome da Mãe: _____ Idade: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade _____

Contactos: Tel: _____ Tlm: _____ Email: _____

Contacto do trabalho: _____ Horário _____

Nº B.I. ou C. Cidadão: _____ Nº Contribuinte: _____

Nome da Pai: _____ 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: _____

Irmãos a frequentar o Estabelecimento? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, quantos? _____ Serviços: Creche <input type="checkbox"/> AAAF <input type="checkbox"/> CATL <input type="checkbox"/> A criança necessita de algum apoio especial? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, especifique qual: _____ 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 _____

Autorização saídas ao exterior para participação em atividades

Autorizo

Não autorizo

Observações:

O Cliente

O CSJ Belinho
