

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

1. A ficha de inscrição destina-se à candidatura e, após seleção de candidatos, à admissão da criança nesta Instituição.
2. Todos os campos assinalados com * são obrigatórios.
3. Os comprovativos solicitados nesta ficha devem ser entregues juntamente com a ficha de inscrição. Caso contrário a resposta não é considerada para efeitos de priorização da candidatura.

Data de inscrição: Nº de entrada: Data de entrada: Motivo: Data de saída:

Resposta Social a que se reporta:

☐ Creche☐ Educação Pré-escolar

1. Dados de Identificação da Criança

Nome*: Nome porque é tratado: Data de Nascimento: Idade: Anos MesesMorada: Código Postal: Localidade: NISS: NIF: Cartão de Cidadão: N. utente saúde:

2. Filiação

Nome da Mãe*:

Habilitações Literárias:

Sem habilitações	<input type="checkbox"/> Ensino Secundário	<input type="checkbox"/> Formação desconhecida	<input type="checkbox"/>
Ensino Básico 1º Ciclo	<input type="checkbox"/> Bacharelato ou Licenciatura (Pós Bolonha)	<input type="checkbox"/> Cursos CET	<input type="checkbox"/>
Ensino Básico 2º Ciclo	<input type="checkbox"/> Doutoramento	<input type="checkbox"/> Cursos TESP	<input type="checkbox"/>
Ensino Básico 3º Ciclo	<input type="checkbox"/> Licenciatura (Pré Bolonha) / Mestrado	<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/>

Profissão: Local de Emprego*: Horário de trabalho: Telefone: Telemóvel*: Idade*: AnosMorada: Código Postal: Localidade: Email: Cartão cidadão: validade: NIF: Nome do Pai*:

Habilitações Literárias:

Sem habilitações	<input type="checkbox"/> Ensino Secundário	<input type="checkbox"/> Formação desconhecida	<input type="checkbox"/>
Ensino Básico 1º Ciclo	<input type="checkbox"/> Bacharelato ou Licenciatura (Pós Bolonha)	<input type="checkbox"/> Cursos CET	<input type="checkbox"/>
Ensino Básico 2º Ciclo	<input type="checkbox"/> Doutoramento	<input type="checkbox"/> Cursos TESP	<input type="checkbox"/>
Ensino Básico 3º Ciclo	<input type="checkbox"/> Licenciatura (Pré Bolonha) / Mestrado	<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/>

Profissão: Local de Emprego*: Horário de trabalho: Telefone: Telemóvel*: Idade*: AnosMorada: Código Postal: Localidade: Email: Cartão cidadão: validade: NIF:

3. Informações Complementares

Irmãos a frequentar a Instituição*
☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual a resposta:

Criança que necessita de algum apoio especial
☐ Sim ☐ Não

Especifique:

4. Identificação do responsável pela criança

(a preencher caso não seja a Mãe ou o Pai)

Nome: Mãe ☐ Pai ☐

Habilitações Literárias:

Sem habilitações	<input type="checkbox"/> Ensino Secundário	<input type="checkbox"/> Formação desconhecida	<input type="checkbox"/>
Ensino Básico 1º Ciclo	<input type="checkbox"/> Bacharelato ou Licenciatura (Pós Bolonha)	<input type="checkbox"/> Cursos CET	<input type="checkbox"/>
Ensino Básico 2º Ciclo	<input type="checkbox"/> Doutoramento	<input type="checkbox"/> Cursos TESP	<input type="checkbox"/>
Ensino Básico 3º Ciclo	<input type="checkbox"/> Licenciatura (Pré Bolonha) / Mestrado	<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/>

Profissão: Local de Emprego*: Horário de trabalho:

Telefone: Telemóvel*: Idade*: Anos

Morada:

Código Postal: Localidade:

Email:

Cartão cidadão validade NIF

5. Caracterização do Agregado Familiar

(Identificação das pessoas que residem com a criança habitualmente)

Nome	Parantesco	Idade*	Profissão	Rendimento Mensal Líquido
				(Aplicável a estabelecimentos da rede solidária e da rede pública)

Subtotal

Outros rendimentos

Total

Local de residência do Agregado Familiar*

Beneficiários de assistência social* (Aplicável a estabelecimentos da rede solidária e da rede pública)

Agregado Familiar Beneficiário de RSI	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Beneficiários de assistência pessoal no âmbito do Apoio à Vida Independente	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Família reconhecida como cuidador informal principal	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Crianças em situação de acolhimento ou em casa abrigo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Crianças beneficiárias da prestação social garantia para a Infância	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Crianças beneficiárias de abono de família (1.º e 2.º escalão)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Em caso de resposta positiva deverá anexar documento comprovativo.

Dados do Agregado Familiar

(Aplicável a estabelecimentos da rede solidária e da rede pública)

Tipo de Habitação:	Propriedade:	Encargos Mensais:
<input type="checkbox"/> Vivenda	<input type="checkbox"/> Própria	Habitação <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Andar	<input type="checkbox"/> Alugada	Saúde <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Parte da casa		Educação <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Quarto		Tranportes <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Barraca		Outros (Água, Luz, etc) <input type="text"/>
		Total: <input type="text"/> 0,00 €

6.Visita às Instalações

Visita às Instalações

- ☐ Sim
- ☐ Não, família assim o entendeu
- ☐ Não, estabelecimento não tinha disponibilidade

7. Foram entregues cópias de todos os documentos necessários - aplicável a Pré-escolar)

(aplicável às inscrições de matrícula no pré-escolar)

- ☐ Sim
- ☐ Não

Assinale quais os documentos em falta e a respectiva data de entrega

- ☐ Cópia dos encargos com a habitação
- ☐ Cópia da declaração de IRS e respectivo comprovativo de liquidação
- ☐ Cópia do recibo de vencimento dos familiares
- ☐ Documentos comprovativos das despesas de saúde
- ☐ Documentos comprovativos das despesas de transporte
- ☐ Declaração da entidade patronal

Data de entrega:

8. Assinaturas

	Data	Assinatura
Pela Instituição:		
Pela Família:		