



Data de Inscrição: ____ / ____ / ____

Data de Admissão: ____ / ____ / ____

N.º de Entrada: _____
(Atribuir nº de entrada só após a entrega de todos os documentos)

Transporte Escolar (assinalar com um x)

Não	<input type="checkbox"/>	Número de Viagens	1	<input type="checkbox"/>
Sim	<input type="checkbox"/>		2	<input type="checkbox"/>
			3	<input type="checkbox"/>
			4	<input type="checkbox"/>

Almoço (assinalar com um x)

Não	<input type="checkbox"/>
Sim	<input type="checkbox"/>

Acolhimento (assinalar com um x)

Não	<input type="checkbox"/>		
Sim	<input type="checkbox"/>	Matinal	<input type="checkbox"/>
		Final	<input type="checkbox"/>
		Matinal e Final	<input type="checkbox"/>
		Das 15h às 19h	<input type="checkbox"/>

Férias Escolares (assinalar com um x)

Não	<input type="checkbox"/>
Sim	<input type="checkbox"/>

(Os dados acima são preenchidos pela Instituição)

PREENCHER PARA INSCRIÇÃO DA CRIANÇA NA RESPOSTA SOCIAL

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: _____

Naturalidade: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Freguesia: _____

Telefone: _____

Nº Cartão Cidadão: _____

Nº Contribuinte: _____

Nº Beneficiário: _____

Nº Utente SNS: _____

2. FILIAÇÃO

Nome da Mãe: _____

Profissão: _____

Local Trabalho: _____

Morada: _____



Código Postal: _____ Freguesia: _____

Data de Nascimento: _____ Telemóvel/Telefone: _____

E-mail: _____

Nº BI/CC: _____ Nº Contribuinte: _____

Nº Beneficiário: _____

Nome do Pai: _____

Profissão: _____ Local Trabalho: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ Freguesia: _____

Data de Nascimento: _____ Telemóvel/Telefone: _____

E-mail: _____

Nº BI/CC: _____ Nº Contribuinte: _____

Nº Beneficiário: _____

3. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar esta Instituição? (assinalar com um x)

Não

Sim

Quem?

Em que resposta?

A criança necessita de algum apoio especial? (assinalar com um x)

Não

Sim

Qual?

4. CARATERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Composição do Agregado Familiar
Identificação das pessoas que residem com a criança habitualmente

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



				Sub-total
				Outros rendimentos
				Total

5. DADOS DO AGREGADO FAMILIAR (Aplicável a estabelecimentos da rede solidária e da rede pública)

Local de Residência do Agregado Familiar:

Agregado Familiar Beneficiário de RSI:

Não

Sim

Tipo de Habitação

Vivenda

Apartamento

Parte de casa

Quarto ou barraca

Propriedade

Própria

Alugada

Encargos

Habitação _____

Saúde _____

Educação _____

Outros _____

Total _____

6. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS? (Assinalar com um x)

Não Sim

Assinale quais os documentos em falta e respetiva data de entrega

Fotocópia do Cartão de Cidadão da criança ou equivalente	<input type="checkbox"/>	_____
Fotocópia do Boletim Individual de Saúde da criança	<input type="checkbox"/>	_____
Declaração Médica	<input type="checkbox"/>	_____
Fotocópia do Cartão de Cidadão do Encarregado de Educação ou equivalente	<input type="checkbox"/>	_____
Fotocópia dos encargos com a habitação	<input type="checkbox"/>	_____
Fotocópia da Declaração de IRS e respetivo comprovativo de liquidação	<input type="checkbox"/>	_____
Fotocópia dos recibos de vencimento dos elementos do agregado familiar da criança	<input type="checkbox"/>	_____
Outros (especificar)	<input type="checkbox"/>	_____

OBSERVAÇÕES:



7. OUTROS ELEMENTOS RELATIVOS À CRIANÇA

A criança está a cargo de:

Pais Mãe Pai Outros Quem? _____

Se está a cargo de outra pessoa:

Motivo: _____

Identificação da pessoa a quem a criança está a cargo (quando não os pais)

Nome: _____

Profissão: _____ Local Trabalho: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ Freguesia: _____

Data de Nascimento: _____ Telemóvel/Telefone: _____

E-mail: _____

Nº BI/CC: _____ Nº Contribuinte: _____

Nº Beneficiário: _____

8. SITUAÇÃO DE SAÚDE

Médico de Família: _____ Unidade de Saúde: _____

Número de Utente: _____

Doenças que já teve até à data

Sarampo	Varicela	Papeira	Outras	Especifique
Não <input type="checkbox"/>				
Sim <input type="checkbox"/>				

Sofre de alguma doença

Alergias	Não <input type="checkbox"/>	Especifique _____	
	Sim <input type="checkbox"/>		
Doenças	Não <input type="checkbox"/>	Especifique _____	
	Sim <input type="checkbox"/>		
NEE	Não <input type="checkbox"/>	Def. Auditiva <input type="checkbox"/>	
	Sim <input type="checkbox"/>		Def. Visual <input type="checkbox"/>
			Def. Motora <input type="checkbox"/>
			Outra <input type="checkbox"/> Qual? _____



Boletim de Vacinas atualizado

Não

Sim

9. OUTRAS INFORMAÇÕES

Escola que frequenta:

Nome da Professora:

Contato da Escola:

Já frequentou outra escola?

Não

Sim

Se a resposta for SIM, porque mudou de escola?

Em que disciplinas o seu filho tem mais dificuldade?

Pessoas a quem a criança pode ser entregue:

Nome:

Contato:

Local Trabalho:

Nome:

Contato:

Freguesia:

Pessoa(s) a contactar em caso de emergência:

Nome:

Parentesco:

Contato:

Local Emprego:

Contato Emprego:

Nome:

Parentesco:

Contato:

Local Emprego:

Contato Emprego:



OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES SOBRE A CRIANÇA:

10. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E PRIORIZAÇÃO

(Os dados abaixo são preenchidos pela Instituição)

	Ponderação	Pontuação
Crianças em situações socioeconómicas desfavorecidas	30%	
Ausência ou incapacidade dos pais em assegurar aos filhos os cuidados necessários	20%	
Crianças de famílias monoparentais	5%	
Crianças residentes na área de implantação do estabelecimento	5%	
Crianças com irmãos a frequentar o mesmo estabelecimento	10%	
Crianças cujos pais trabalham na área de implantação do estabelecimento	5%	
Crianças cujas mães trabalham fora do lar	5%	
Crianças que frequentam a escola da área do estabelecimento	15%	
Crianças de famílias numerosas	5%	
Total		

CÁLCULOS:

11. ASSINATURAS

Família:

Data:

Instituição:

Data: