



Data de Inscrição: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N.º de Entrada: \_\_\_\_\_

(Atribuir nº de entrada só após a entrega de todos os documentos)

Data de Admissão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PRENCHER 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: \_\_\_\_\_

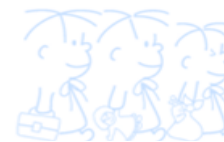
Morada: \_\_\_\_\_

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 |       |            |           |  |
| <b>Total</b>       |       |            |           |  |



**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 | Não <input type="checkbox"/> | Varicela | Não <input type="checkbox"/> | Papeira | Não <input type="checkbox"/> | Outras | Não <input type="checkbox"/> | Especifique | _____ |
|         | Sim <input type="checkbox"/> |          | Sim <input type="checkbox"/> |         | Sim <input type="checkbox"/> |        | Sim <input type="checkbox"/> |             | _____ |

**Sofre de alguma doença**

|          |                              |                                      |
|----------|------------------------------|--------------------------------------|
| Alergias | Não <input type="checkbox"/> | _____                                |
|          | Sim <input type="checkbox"/> | _____                                |
| Doenças  | Não <input type="checkbox"/> | _____                                |
|          | Sim <input type="checkbox"/> | _____                                |
| NEE      | Não <input type="checkbox"/> | _____                                |
|          | Sim <input type="checkbox"/> | _____                                |
|          | Def. Auditiva                | <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. FREQUÊNCIA DE OUTROS ESTABELECIMENTOS OU RESPOSTAS SOCIAIS**

Já frequentou outras respostas? Não  Sim

Se a resposta for SIM, especifique:

Creche

Ama privada



Ama   
Família (p.ex. Avó, Tia)

**10. ENCAMINHAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS (P.EX. SEGURANÇA SOCIAL)**

Encaminhamento? Não  Sim

Se a resposta for SIM, especifique:

---

---

**Pessoas a quem a criança pode ser entregue:**

Nome:

Contacto: \_\_\_\_\_ Local Trabalho: \_\_\_\_\_

Nome:

Contacto: \_\_\_\_\_ 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:**



**11. 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                          | 25%        |           |
| Crianças cujos pais trabalham na área de implantação do estabelecimento           | 5%         |           |
| Crianças cujas mães trabalham fora do lar   | 5%         |           |
| Crianças de famílias numerosas  | 5%         |           |
| <b>Total</b>  |            |           |

OBSERVAÇÕES:

**12. ASSINATURAS**

Família:

Data:

Instituição:

Data: