



Data de Inscrição: ____ / ____ / ____

N.º de Entrada: _____

(Atribuir n.º de entrada só após a entrega de todos os documentos)

Data de Admissão: ____ / ____ / ____

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 Quem? _____
 Sim Em que resposta? _____

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

Não Qual? _____
 Sim _____

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

Não
Sim

Varicela

Não
Sim

Papeira

Não
Sim

Outras

Não
Sim

Especifique _____

Sofre de alguma doença

Alergias

Não
Sim

Especifique _____

Doenças

Não
Sim

Especifique _____

NEE

Não
Sim

Def. Auditiva

Def. Visual

Def. Motora

Outra

Qual? _____

Boletim de Vacinas atualizado

Não
Sim

9. FREQUÊNCIA DE OUTROS ESTABELECIMENTOS OU RESPOSTAS SOCIAIS

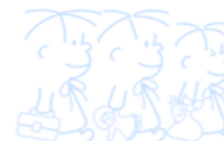
Já frequentou outras respostas? Não

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%	
Total		

OBSERVAÇÕES:

12. ASSINATURAS

Família:

Data:

Instituição:

Data: