



FICHA DE INSCRIÇÃO

Data do Atendimento _____

Nº de Processo _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

NOME: _____

NOME PELO QUAL É TRATADO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

IDADE: ____ anos ____ meses

CARTÃO DE CIDADÃO N.º: _____ Validade: _____

NIF: _____ NISS: _____ N.º Utente SNS: _____

MORADA: _____

CÓDIGO-POSTAL: _____ LOCALIDADE: _____

2. FILIAÇÃO

NOME DA MÃE: _____

CARTÃO DE CIDADÃO N.º: _____ Validade: _____

NIF: _____ NISS: _____

MORADA: _____

CÓDIGO-POSTAL: _____ LOCALIDADE: _____

TELEFONE: _____ TELEMÓVEL: _____

CONTACTO DE E-MAIL: _____ IDADE: _____

PROFISSÃO: _____

LOCAL DE EMPREGO: _____

TELEFONE: _____

NOME DO PAI: _____

CARTÃO DE CIDADÃO N.º: _____ Validade: _____

NIF: _____ NISS: _____

MORADA: _____

CÓDIGO-POSTAL: _____ LOCALIDADE: _____

TELEFONE: _____ TELEMÓVEL: _____

CONTACTO DE E-MAIL: _____ IDADE: _____

PROFISSÃO: _____

LOCAL DE EMPREGO: _____

TELEFONE: _____



3. OUTROS ELEMENTOS RELATIVOS À CRIANÇA

Criança a Cargo de

Pais

Pai

Mãe

Outros

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 de Emprego: _____

Telefone: _____

Morada: _____

Código-Postal: _____

Localidade: _____

Telefone: _____

Telemóvel: _____

Idade: _____

Nome da pessoa responsável pela criança: _____

4. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Irmãos a frequentar o estabelecimento?

Sim

Não

Criança necessita de algum apoio especial?

Sim

Não

Especificar: _____

5. CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Composição do Agregado Familiar

Identificação das pessoas que residem com a criança

Nome	Parentesco	Idade	Profissão

Local de Residência do Agregado Familiar: _____



Agregado Familiar Beneficiário de RSI?

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

Sim

Não

Dados do Agregado Familiar:

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

Tipo de Habitação

Vivenda

Apartamento

Parte de casa

Quarto

Propriedade

Própria

Alugada

6. SITUAÇÃO DE SAÚDE

Doenças que já teve até à data

Sarampo

Sim

Não

Varicela

Sim

Não

Papeira

Sim

Não

Outras

Sim

Não

Especifique: _____

Sofre de alguma doença

Alergias

Sim

Não

Especifique: _____

Doenças

Sim

Não

Especifique: _____

Necessidades Educativas Especiais

Sim

Não

Se sim,

Deficiência auditiva

Deficiência visual

Deficiência motora

Multideficiência

Especifique: _____



7. FREQUÊNCIA DE OUTROS ESTABELECIMENTOS OU RESPOSTAS SOCIAIS

Frequência de outras respostas

Sim

Se sim, especifique

Creche

Ama Privada

Ama

Família (por ex. : avó. Tia...)

Não

8. ENCAMINHAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS (P.EX: SEGURANÇA SOCIAL)

Encaminhamento

Sim Se sim, especifique _____

Não

9. HORÁRIO PREVISTO DE FREQUÊNCIA DO ESTABELECIMENTO

Entrada: ___ horas ___ minutos

Saída: ___ horas ___ minutos

10. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim

Não

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

Cópia dos encargos com a habitação Data de entrega _____

Cópia da declaração de IRS e respectivo comprovativo de liquidação Data de entrega _____

Cópia do recibo de vencimento dos familiares Data de entrega _____

Outros. Especificar: Data de entrega _____

Data de entrega: ____ / ____ / ____

Declaro, para os fins de direito, que todas as informações prestadas são verdadeiras

Assinatura do Encarregado de Educação: _____



11. CÁLCULO DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR

Explicite à família o cálculo da sua comparticipação familiar

Cálculo do rendimento – $RC = \frac{RAF}{12 \cdot D}$

n

RC = Rendimento per capita mensal

RAF = Rendimento do agregado familiar (anual ou anualizado)

D = Despesas fixas mensais

n = N.º de elementos do agregado familiar

Escalões	Escalões de rendimento					
	1º	2º	3º	4º	5º	6º
Percentagens	até 30% do SMN	De 30% até 50% do SMN	entre 50% e 70% do SMN	entre 70% a 100% do SMN	entre 100% e 150% do SMN	mais de 150% do SMN
Percentagem para cálculo de comparticipação familiar (circular n.º4)	Até 15%	Até 22,5%	Até 27,5%	Até 30%	Até 32,5%	Até 35%
Percentagem apurada para cálculo da CF						

Mensalidade/comparticipação familiar _____

12. CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE

A Organização ajusta-se às necessidades e expectativas do Cliente? (assinale com uma x)

Sim

Não

A Organização pode dar resposta, internamente, ao pedido do Cliente? (assinale com uma x)

Sim

Não



Critério de admissão	
Idade da Criança	

CrITÉRIOS prioritários	
Crianças provenientes de agregados familiares social e economicamente mais desfavorecidos	
Ausência ou indisponibilidade dos pais em assegurar cuidados básicos	
Situações encaminhadas pelos serviços da Segurança Social ou pela C.P.C.J.	

CrITÉRIOS de seleção institucionais	
Crianças a residir na área do estabelecimento	
Crianças com pais a trabalhar na área do estabelecimento	
Crianças com irmãos a frequentar o estabelecimento	
Crianças oriundas de famílias monoparentais	
Crianças oriundas de famílias numerosas (quando tem 2 filhos ou mais)	
Crianças cujos pais/representantes legais sejam funcionários da instituição	

Ponderação

Admissível (assinale com uma x)

Sim

Não

13. OBSERVAÇÕES DECORRENTES DA ENTREVISTA

Assinale outras informações relevantes sobre o Cliente)

14. ASSINATURAS

Família: _____ Data: _____

Instituição: _____ Data: _____