

FICHA DE INSCRIÇÃO/ADMISSÃO CRECHE

Data de Inscrição: ___/___/___ Data de Admissão: ___/___/___ Processo n.º: _____

1. Identificação da Criança

Nome _____ Data de Nascimento ___/___/___

Seguro- Apólice N.º _____

Horário a frequentar: _____

Residência _____

Cédula n.º/ C.C n.º _____ Validade: ___/___/___

Contribuinte n.º _____ SNS _____

Beneficiário n.º _____

2. Contactos Privilegiados:

Pessoas a contactar (Nome)	Parentesco	Residência	Contacto Telefónico	Obs.

3. Filiação da Criança:

Nome do Pai _____ Idade _____

Morada: _____

Código Postal _____ - _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____

Contactos telefónicos:

Residência: _____ Trabalho: _____ Telemóvel _____

Nome do Mãe _____ Idade _____

Morada: _____

Código Postal _____ - _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____

Contactos telefónicos:

Residência: _____ Trabalho: _____ Telemóvel _____

4. Identificação do Encarregado de Educação

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal _____ - _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____

Dados Pessoais: C. Cidadão _____ / NIF _____

NISS: _____

Contactos telefónicos:

Residência: _____ Trabalho: _____ Telemóvel _____

5. Breve Caracterização Individual e Familiar do Utente

Nome	Idade	Parentesco	Profissão/Ocupação
A. (utente)			
B.			
C.			
D.			
E.			

Dados do Agregado Familiar

Tipos de habitaçãoVivenda Apartamento Quarto **Propriedade**Própria Alugada **Encargos**

Habitação _____

Saúde _____

Outros _____

Total _____

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar ou que tenha frequentado este estabelecimento?

Sim Quem? _____Não

6. Outras informações complementares referentes à criança:

Já frequentou outro estabelecimento ou ama? _____

Motivo por que pretende confiar a criança a este estabelecimento? _____

7. Saúde

Médico de Família _____

Centro de Saúde: _____ Contato: _____

Serviços de saúde a que normalmente recorre _____

A criança é saudável? Sim Não

Se não que problema o afecta? _____

Já teve alguma doença grave? Sim. Não. É portadora de alguma deficiência? Sim. Não.

Criança necessita de algum apoio especial? _____

Algum elemento do agregado familiar é portador de uma doença grave?

Não Sim. Qual? _____

Observações: _____

Grupo Sanguíneo: _____**Cálculo da Comparticipação Familiar: $R=(RF-D) / N$** **R:** Rendimento “Per capita”**RF:** Rendimento Mensal Líquido do Agregado Familiar**D:** Despesas Fixas**N:** Número de Elementos do Agregado Familiar**Mensalidade/ Comparticipação Familiar**

Escalaões de Rendimento de Acordo com Remuneração Mínima Mensal						CRECHE
1º	2º	3º	4º	5º	6º	
Até 30% (SMN)	De 30% a 50% (SMN)	De 50% a 70% (SMN)	De 70% a 100% (SMN)	De 100% a 150% (SMN)	+de 150% (SMN)	
30%	31%	32%	33%	34%	35%	

Observações:

Sanfins de Ferreira, _____ de _____ de 201_____

8. Assinatura/ Início do Contrato

Data de início:

Família

Data: __/__/_____

Organização

Data: __/__/_____

9. Cessão de Contrato

Data:

Motivo:

Família

Data: __/__/_____

Organização

Data: __/__/_____