PEDIDO DE ADMISSÃO - CAF

Entrada

\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Admissão a \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ (A preencher pelos serviços)

Desistiu a \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Dados de Identificação da criança**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome** Clique aqui para digitar texto. | **Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **CC N.**ºClique aqui para digitar texto. |  **NIF:** Clique aqui para digitar texto. |
| **Outro** Clique aqui para digitar texto. | N.º Clique aqui para digitar texto. |
| **NISS**: Clique aqui para digitar texto. | **Nº Utente da saúde**: Clique aqui para digitar texto. |
| **Natural (Freguesia):** Clique aqui para digitar texto. | **Concelho** Clique aqui para digitar texto. |
|  **Morada:** Clique aqui para digitar texto. |
| **Código Postal** Clique aqui para digitar texto. | **Localidade** Clique aqui para digitar texto. |
|  |  |

**2. Doenças, alergias ou alguma informação importante**

**Doenças, alergias ou alguma indicação importante**: Clique aqui para digitar texto.

**Em caso de febre, qual a medicação a administrar**: Clique aqui para digitar texto.

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicar a temperatura de administração** Clique aqui para digitar texto. | **Grupo Sanguíneo:**Clique aqui para digitar texto.  |

**3. Filiação**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome da Mãe**: Clique aqui para digitar texto. | **Email:** Clique aqui para digitar texto. |
| **Local de trabalho** Clique aqui para digitar texto. | **Horário** Clique aqui para digitar texto. |  **Tlf. Trabalho**: Clique aqui para digitar texto. |
| **Telefones** Clique aqui para digitar texto. | **Habilitações literárias**: Escolher um item. | **Profissão** Clique aqui para digitar texto. |
| **Nome do Pai**: Clique aqui para digitar texto. |  **Email**:Clique aqui para digitar texto. |
| **Telefones** Clique aqui para digitar texto. | **Habilitações literárias** Escolher um item. |  **Profissão:** Clique aqui para digitar texto. |
| **Local de trabalho:** Clique aqui para digitar texto. | Horário: Clique aqui para digitar texto. | **Tlf. Trabalho**: Clique aqui para digitar texto. |

**4. Composição do Agregado Familiar**

 **Nomes**  **Idade Parentesco**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. |
| Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. |
| Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. |
| Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. |
| Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. |
| Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. | Clique aqui para digitar texto. |

**5.Informação Complementar**

**Ano** :Clique aqui para digitar texto. **Turma** : Clique aqui para digitar texto.

**Tem atividades de enriquecimento curricular?** Sim [ ]  Não [ ]  Se sim quais? Clique aqui para digitar texto.

**6. Autorizações**

Pessoas autorizadas a levarem a criança: Pai [ ]  Mãe [ ]

**Outras pessoas:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome: Clique aqui para digitar texto. | Parentesco Clique aqui para digitar texto.  | Contacto Clique aqui para digitar texto. |
| Nome:Clique aqui para digitar texto. | Parentesco Clique aqui para digitar texto.  | Contacto Clique aqui para digitar texto. |
| Nome: Clique aqui para digitar texto. | Parentesco Clique aqui para digitar texto.  | Contacto Clique aqui para digitar texto. |
| Nome: Clique aqui para digitar texto. | Parentesco Clique aqui para digitar texto. | Contacto Clique aqui para digitar texto. |

**Outras autorizações:**

Para os devidos efeitos **autorizo**[ ]  ou **não autorizo**[ ]  que o meu educando seja fotografado/filmado, em contexto escolar, festividades e passeios sempre que a Educadora verifique ser pertinente à prática pedagógica.

Para os devidos efeitos **autorizo** [ ]  ou **não autorizo** [ ]  que o meu educando saia em pequenos passeios no concelho sempre que a responsável de Sala verifique ser pertinente à prática educativa.

**Nota:** Todas as informações disponibilizadas nesta ficha são confidenciais e serão utlizadas apenas internamente pela instituição.

Declaro que recebi cópia do **Regulamento Interno** (assinatura): Clique aqui para digitar texto.

O tratamento informatizado dos dados recolhidos é feito no cumprimento da legislação sobre a proteção de dados e os mesmos destinam-se à elaboração do processo individual do utente para a prestação do serviço por parte da Associação Popular de Sobral de Monte Agraço. Nos termos da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, é garantido o visado solicitar por escrito, a sua atualização, correção ou eliminação.

Declaro que consinto a utilização dos dados nas condições acima referidas.

**Data**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **O/A Encarregado/a de Educação**: Clique aqui para digitar texto.

**A preencher pelos serviços administrativos**

**Foram entregues todos os documentos necessários?** Sim [ ]  Não [ ]

|  |  |
| --- | --- |
| **Documentos em falta** |  **Data da entrega**  |
|  |  |  |
| Boletim Nascimento ou Cartão de Cidadão  | [ ]  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Número de Identificação Fiscal | [ ]  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Cartão de Utente ou de outro subsistema de saúde | [ ]  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Identificação de todo o Agregado Familiar (B.I. / Nif ou C.C.)  | [ ]  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Identificação dos autorizados  | [ ]  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**A inscrição só será válida mediante o preenchimento total desta ficha bem como a apresentação de todos os documentos aqui pedidos**