PEDIDO DE ADMISSÃO

Entrada

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

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

**Companhia de Seguros:** CA Apólice**:** 01737266

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**

**Escola que frequenta ou irá frequentar?** Clique aqui para digitar texto.

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

**Frequentou anteriormente outra instituição?** Sim  Não  Se sim, qual? Clique aqui para digitar texto.

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

**Tem irmãos a frequentar esta instituição?** Sim  Não

**Nome/s dos irmãos**: 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 Educadora verifique ser pertinente à prática pedagógica.

**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 |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nº. de Identificação da Segurança Social |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Número de Identificação Fiscal |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Cartão de Utente ou de outro subsistema de saúde |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Boletim de Vacinas |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Declaração médica comprovativa de que a criança não sofre de doença contagiosa |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Identificação de todo o Agregado Familiar (B.I. / Nif ou C.C.) |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Famílias mono parentais: documentos da Regulação do Poder Paternal |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Declaração do IRS |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nota de Liquidação |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3 Últimos recibos de vencimento (à presente data) |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Outros documentos comprovativos da real situação do agregado familiar |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| ( De acordo com a Circular n.º 4, de 16-12-2014)  Renda de casa ou amortização mensal ao banco |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Identificação dos autorizados |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| Proposta de Sócio |  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |

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