|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Valência** | **Serviço** | **Tipo** |
| CATL | Acolhimento | Inscrição |
|  | Alimentação | Renovação |
|  | Transporte |  |
|  | Prolongamento |  |

# Ficha de Inscrição – **Infância**

Data de admissão \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data de inscrição \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data de saída\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

|  |
| --- |
| **Motivo da saída:** |

## Identificação

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Data de Nascimento: | | | | | | | |  | | | | Idade: |  |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | |  | |  |  |  | | | |  |
| Morada: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Código postal: | | | | | |  | | | | | | Nº Beneficiário/NISS: | | |  | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |
| CC/BI: |  | | | | | | | | | | | Válido até: | |  | | NIF: |  | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | | |
| Nº Utente: | | |  | | | | | | | | | Subsistema de Saúde | | |  | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | | |
| Encarregado de educação: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |

## Filiação

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (a) Nome da mãe: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Telefone: | | |  | | | | | | | | Telemóvel: |  | | | Idade: | |  | |
|  |  | | | | | | | | | |  |  | |  | |  | | |
| Morada: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Código postal: | | | | | | |  | | | | Localidade: | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | |  | |  | | | | | |
| Profissão: | |  | | | | | | | | | Local de emprego: | | |  | | | Telefone: |  |
|  | | | | |  | | | | | |  | |  | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |  | |  | | | | | |
| E-mail: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (b) Nome do pai: | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Telefone: | | |  | | | | | | | Telemóvel: |  | | | Idade: | |  | |
|  |  | | | | | | | | |  |  | |  | |  | | |
| Morada: | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Código postal: | | | | | |  | | | | Localidade: | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | |  | |  | | | | | |
| Profissão: | |  | | | | | | | | Local de emprego: | | |  | | | Telefone: |  |
| E-mail: |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

## Caracterização dos Elementos do Agregado Familiar

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Elem nº | Nome | D/N | Parentesco | Estado civil | Nível de escolaridade | Nº Cartão de Cidadão | Nº Contribuinte | N.I.S.S. | Profissão | Local de trabalho |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Quantos são os elementos do agregado familiar? | |  |
| Tem algum familiar a frequentar este Centro Social? | | |
|  | Sim. Quem? |  |
|  | Não |  |

|  |
| --- |
| Observações: |

## Situação económica do agregado familiar

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rendimentos Mensais | | | Despesas Mensais | |
| Elem. nº | Tipo de Rendimentos | Valor | Tipo de Despesas | Valor |
| 1 |  | € |  | € |
| 2 |  | € |  | € |
| 3 |  | € |  | € |
| 4 |  | € |  | € |
| 5 |  | € |  | € |
|  | Total | € | Total | € |

## Situação de saúde da criança

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Centro de Saúde | | |  | | | |
|  | | | | | | |
| Médico de família: | | |  | | | |
| Alergia a medicamentos ou alimentos? | | | | | | |
|  | Não | | | |  | |
|  | Sim. Quais? | | | |  | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Que sintomas apresenta: | | | | | | |
|  | | | | | | |
|
|
|  | | | | | | |
| Vacinação: | |  | | | | |
| Grupo Sanguíneo: | |  | | | | |
| Portadora de Deficiência? | | | | Sim | | Não |
| Situação geral de saúde da criança: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Observações: | | | | | | |
|  | | | | | | |

Nota: Em caso de doença crónica ou tratamento prolongado de algum dos elementos do agregado familiar, apresentar declaração médica comprovativa.

## Habitação

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Acessos: |  | | |
|  | | | |
| Meio de transporte: |  | | |
|  |  | | |
| O local de residência do agregado é o mesmo da morada do utente? | | Sim | Não |

Condições de habitação:

**Tipo de habitação Propriedade**

Vivenda  Própria

Apartamento  Alugada

Parte de casa

Outro:

Características da habitação:

**Número de divisões Conforto e salubridade Zona exterior**

 Quartos  Luz  Jardim

 Cozinha  Água canalizada  Terraço

 Sala  Água do poço  Outra/qual?

 Casa de banho  Rede de esgotos Click or tap here to enter text.

 Outro: Click or tap here to enter text.

Mudança de residência/motivos:

|  |
| --- |
|  |

Instalação da criança:

Quarto individual

Quarto dividido com alguém. Quem?

## 

## Percurso Escolar da Criança

## Participação da criança na escola

|  |  |
| --- | --- |
| Ano de frequência: |  |
|  | |
| Nome da escola que frequenta: |  |
|  | |
| Horário: |  |
|  | |
| Diretor de turma: |  |

Repetiu algum ano?

Não

Sim. Quantas vezes?

Porque razão?

Já mudou alguma vez de Escola?

Não

Sim. Qual(ais) o(s) motivo(s)?

|  |
| --- |
|  |

Aproveitamento Escolar:

## Participação dos Pais na escola

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Costuma assistir às reuniões de pais? | Sim | Não |
| Costuma contactar a diretora de turma do seu filho? | Sim | Não |

## Dificuldades sentidas pelo seu filho na Escola

Relação com os colegas

Relação com os professores

Comportamentos/atitudes

## Observações

|  |
| --- |
|  |

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_