Nome





FICHA DE INSCRIÇÃO 2025/2026

Creche Creche de Aljezur Creche de Odeceixe Data de Receção 1º Inscrição Assinalar com a situação correta: Renovação Nome _____Nacionalidade _ Nome porque é tratado/a _____ Data de Nascimento _ _____ Idade _____ Aquisição da marcha Sim Não Morada Localidade . Contato Código Postal Documento de Identificação C. Cidadão / Passaporte / T. Residência / Outro N.° do documento _ Data de Validade NISS NIF SNS Apresenta informação de situação vacinal atualizada Sim Não A criança tem algum tipo de: **Alergias** Sim Não Qual/quais Necessário entrega de declaração medica atualizada Intolerâncias Sim Não Qual/quais Necessário entrega de declaração medica atualizada Sim Não Tem qualquer outro problema de saúde? Qual/quais Necessário entrega de declaração medica comprovativa Não Toma permanentemente algum medicamento? Sim Qual/quais Necessário entrega de declaração medica comprovativa Criança com Necessidades Educativas Especiais? Sim Não Qual/quais Necessário entrega de declaração medica comprovativa Tem médico de família / pediatra Não Sim

Contacto

FILIAÇÃO DA CRIANÇA

Antato do local de trabalho	Mãe Pai Nome	
Localidade Contato ituação Laboral se Outro, qual mpregado / Outro rofissão Local de trabalho Horário Laboral início / fim Mediante entrega de comprovativo Mãe Pai Nome Idacionalidade Idade Contato dofigo Postal Localidade Contato ituação Laboral se Outro, qual mpregado / Outro rofissão Local de trabalho Horário Laboral início / fim Mediante entrega de comprovativo FINCARREGADO DE EDUCAÇÃO Nome Parentesco Par / Mãe / Outro ROGIGO Postal Localidade Contato ENCARREGADO DE CONTATO ROGIGO Postal Localidade Contato ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO Nome Parentesco Par / Mãe / Outro Código Postal Localidade Contato Email Documento de Identificação C. Cidadão / Passoporte / T. Residência / Outro	acionalidade	Idade
rofissão	lorada	
rofissão Local de trabalho Horário Laboral início / fim Mediante entrega de comprovativo Mãe Pai Nome Idade Contato Idade Contato Localidade Contato Idade Contato Ida	ódigo Postal Loca	alidade Contato
Môe Pai Nome Idade		se Outro, qual
Mãe Pai Nome	rofissão	Local de trabalho
lorada	ontato do local de trabalho	
lorada	Mãe Pai Nome	
Localidade Contato ituação Laboral se Outro, qual mpregado / Desempregado / Outro rofissão Local de trabalho Horário Laboral início / fim Mediante entrega de comprovativo ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO Nome Parentesco Pai / Mãe / Outro Morada Localidade Contato Email Documento de Identificação C. Cidadão / Passaporte / T. Residência / Outro	acionalidade	Idade
se Outro, qual mpregado / Desempregado / Outro rofissão Local de trabalho ontato do local de trabalho Horário Laboral início / fim Mediante entrega de comprovativo ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO Nome Parentesco Pai / Mãe / Outro Morada Código Postal Localidade Contato Email Documento de Identificação C. Cidadão / Passaporte / T. Residência / Outro	lorada	
rofissão Local de trabalho	ódigo Postal Loca	alidade Contato
Parentesco Pai / Mão / Outro Morada Código Postal Localidade Documento de Identificação C. Cidadão / Passaporte / T. Residência / Outro	•	se Outro, qual
ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO Nome Parentesco Pai / Mãe / Outro Morada Código Postal Localidade Contato Email Documento de Identificação C. Cidadão / Passaporte / T. Residência / Outro	rofissão	Local de trabalho
Nome	ontato do local de trabalho	
Morada Código Postal Localidade Contato Email Documento de Identificação C. Cidadão / Passaporte / T. Residência / Outro	ENC	ARREGADO DE EDUCAÇÃO
Código Postal Localidade Contato Email Documento de Identificação C. Cidadão / Passaporte / T. Residência / Outro		Pai / Mãe / Outro
Email Documento de Identificação C. Cidadão / Passaporte / T. Residência / Outro		
Documento de Identificação C. Cidadão / Passaporte / T. Residência / Outro	Código Postal	Localidade Contato
C. Cidadão / Passaporte / T. Residência / Outro	Email	
N.° do documento Data de Validade		
	N.° do documento	Data de Validade

DADOS DO AGREGADO FAMILIAR

Número de Pessoas que compoem o agregado familiar							
Família Monoparental Mediante entrega de comprovativo	Numerosa (3 ou + filhos)						
Agregado familiar Beneficiário de	:						
Prestação social garantia para a infância							
Assistência pessoal no ambito à vida independente							
Rendimento social de insersão							
Composição do Agregado Familia	r						
NOME	PARENTESCO	IDADE	PF	ROFISSÃO			
ENCARGOS							
Habitação Mediante entrega de comprovativo							
Saúde Mediante entrega de comprovativo							
Transporte Público Mediante entrega de comprovativo							
Irmão/a a frequentar Instituição	Sim	Não					
O pai/mãe/encarregado de educação é sócio/a da Associação? Sim Não							

Não

Pretende receber a ementa semanal por email? Sim

Pessoas autorizadas para a recolha da criança na instituição

NOME	PARENTESCO	CONTACTO