

Creche Creche de Aljezur Creche de Odeceixe Data de Receção ____/____/____

Assinalar com a situação correta: 1ª Inscrição Renovação

Nome _____

Nome porque é tratado/a _____ Nacionalidade _____

Data de Nascimento _____ Idade _____ Aquisição da marcha Sim Não

Género _____ Morada _____

Código Postal _____ Localidade _____ Contato _____

Documento de Identificação _____

C. Cidadão / Passaporte / T. Residência / Outro

N.º 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

Tem qualquer outro problema de saúde? Sim Não

Qual/quais

Necessário entrega de declaração medica comprovativa

Toma permanentemente algum medicamento? Sim Não

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 Sim Não

Nome

Contacto

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

DADOS DE SAÚDE DA CRIANÇA

FILIAÇÃO DA CRIANÇA

Mãe Pai Nome _____

Nacionalidade _____ Idade _____

Morada _____

Código Postal _____ Localidade _____ Contato _____

Situação Laboral _____ se Outro, qual _____
Empregado / Desempregado / Outro

Profissão _____ Local de trabalho _____

Contato do local de trabalho _____ Horário Laboral início _____ / fim _____
Mediante entrega de comprovativo

Mãe Pai Nome _____

Nacionalidade _____ Idade _____

Morada _____

Código Postal _____ Localidade _____ Contato _____

Situação Laboral _____ se Outro, qual _____
Empregado / Desempregado / Outro

Profissão _____ Local de trabalho _____

Contato 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

N.º do documento _____ Data de Validade _____

NIF _____

DADOS DO AGREGADO FAMILIAR

Número de Pessoas que compoem o agregado familiar _____

Família Monoparental Numerosa (3 ou + filhos)
Mediante entrega de comprovativo

Agregado familiar Beneficiário de:

- Prestação social garantia para a infância
- Assistência pessoal no ambito à vida independente
- Rendimento social de inserção

Composição do Agregado Familiar

NOME	PARENTESCO	IDADE	PROFISSÃO

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

Pretende receber a ementa semanal por email? Sim Não

Pessoas autorizadas para a recolha da criança na instituição

NOME	PARENTESCO	CONTACTO