



**FICHA DE INSCRIÇÃO – PRE-ESCOLAR**

|                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| Recebido em ____/____/____ | Nº de Utente ____    |
| Admitido em ____/____/____ | Nº. Sócio ____       |
| Bloco ____ Sala ____       | Educadora ____       |
| Saiu em ____/____/____     | Motivo da saída ____ |

**IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE**

Nome \_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Feminino ☐ Masculino ☐

Residência: Pais ☐ Outra ☐ Qual \_\_\_\_

Documento de Identificação nº \_\_\_\_ C.C. ☐ T. de Residência ☐

Nº Contribuinte (NIF) \_\_\_\_ Nº Identificação Seg. Social (NISS) \_\_\_\_

Nº Cartão de utente \_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS OU ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO**

|                                                                                                                         |                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome do Pai ____                                                                                                        | Idade: ____ Anos                                                                                        |
| Residência ____                                                                                                         | Tel. ____                                                                                               |
| Localidade: ____                                                                                                        | Código Postal ____ - ____ Email: ____                                                                   |
| Profissão ____                                                                                                          | Horário laboral ____ Empresa ____                                                                       |
| Local de trabalho ____                                                                                                  | Tel. ____                                                                                               |
| Habilitações Académicas ____                                                                                            |                                                                                                         |
| NISS ____                                                                                                               | Contribuinte nº ____                                                                                    |
| Documento de Identificação nº ____                                                                                      | C.Cidadão <input type="checkbox"/> B.I. <input type="checkbox"/> T. Residência <input type="checkbox"/> |
| Nome do Mãe ____                                                                                                        | Idade: ____ Anos                                                                                        |
| Residência ____                                                                                                         | Tel. ____                                                                                               |
| Localidade: ____                                                                                                        | Código Postal ____ - ____ Email: ____                                                                   |
| Profissão ____                                                                                                          | Horário laboral ____ Empresa ____                                                                       |
| Local de trabalho ____                                                                                                  | Tel. ____                                                                                               |
| NISS ____                                                                                                               | Contribuinte nº ____                                                                                    |
| Documento de Identificação nº ____                                                                                      | C.Cidadão <input type="checkbox"/> B.I. <input type="checkbox"/> T. Residência <input type="checkbox"/> |
| Habilitações Académicas ____                                                                                            |                                                                                                         |
| Encarregado de Educação – Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> ____ |                                                                                                         |



INSTITUTO DE APOIO À COMUNIDADE  
Instituição Particular de Solidariedade Social  
Forte da Casa – V. F. Xira

Tem irmãos (as) a frequentar a Instituição: Sim ☐ Não ☐

Nome \_\_\_\_\_ idade \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ idade \_\_\_\_\_

É Funcionária(o) da Instituição: Sim ☐ Não ☐

**Composição do Agregado familiar**

| Nome | Parentesco | Idade | Estado civil | Profissão |
|------|------------|-------|--------------|-----------|
|      |            |       |              |           |
|      |            |       |              |           |
|      |            |       |              |           |
|      |            |       |              |           |

**Pessoas autorizadas a recolher e contactar em caso de urgência**

| Nome | CC/BI | Telefone | Parentesco |
|------|-------|----------|------------|
|      |       |          |            |
|      |       |          |            |
|      |       |          |            |

**Documentos a apresentar no Ato da Inscrição/ admissão:**

1. **Cartão cidadão** ou a) cédula/ bilhete de identidade; b). Número contribuinte (NIF); c) Número Identificação social (NISS) d) Cartão de Utente do Centro de Saúde ou cartão de beneficiário;
2. **Boletim Individual de Saúde/ Vacinas** (fotocópia)
3. **Modelo 3 do IRS do ano anterior e nota de liquidação**
4. **Declaração da Segurança Social em caso de desemprego ou lay-off** de algum dos pais, que indique o valor do respetivo subsídio;
5. **Declaração da Segurança Social que indique o direito a outros subsídios** e respetivo valor (se aplicável)
6. **Declaração Médica** com observação sobre doenças infectocontagiosas
7. **Comprovativo do poder paternal** – caso se aplique (fotocópia)

Declaro serem verdadeiras todas as informações neste boletim, e que aceito cumprir integralmente o regulamento facultado no ato de admissão, bem como, Sim ☐ Não ☐ autorizo o envio de toda a documentação relacionada com o meu educando e com o funcionamento da instituição através de email.

Forte da Casa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O Encarregado de educação: \_\_\_\_\_

Recebido por: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_