



FICHA DE INSCRIÇÃO – Creche

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 B.I. T. Residência

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 B.I. T. Residência

Habilitações Académicas _____

Encarregado de Educação – Mãe Pai Outro _____



Tem irmãos (as) a frequentar a Instituição: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Nome _____ idade _____
Nome _____ idade _____
É Funcionária(o) da Instituição: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

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. **Comprovativo do Agregado Familiar**
4. **Declaração da Segurança Social** comprovativa de benefício de prestação social garantia para a infância e/ou abono de família (1º e 2º escalões);
5. **Comprovativo do poder paternal** – caso se aplique;
6. **Comprovativo de residência** do(s) encarregado(s) de Educação;
7. **Comprovativo de desempenho de atividade profissional** do(s) Encarregados(s) de Educação, na área de influência do IAC. (aplicável apenas para o(s) Encarregado(s) de Educação que residam fora da área de influência do IAC);
8. **Declaração Médica** com observação sobre doenças infectocontagiosas

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 ____/____/____