



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 _____



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 ____/____/____