

**Ficha Social de Inscrição**

Nº Processo _____

NISS _____

NIF _____

Nome da Criança: _____

Morada: _____ Localidade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Data de Admissão: ____/____/____

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO:

- 1- Crianças em risco (sinalizadas por entidades competentes na matéria)
- 2- Crianças de famílias sociais e economicamente mais desfavorecidas
- 3- Crianças de famílias mono parentais ou famílias numerosas;
- 4- Crianças com irmãos a frequentarem já o estabelecimento;
- 5- Crianças cujos Pais sejam funcionários ou de Órgãos Sociais;
- 6- Crianças filhos de Associados na Instituição;
- 7- Data da inscrição da criança.
- Outros: Com vaga

Data da Cessação: ____/____/____ Motivo da Cessação: _____

Identificações:**Nome do Pai:** _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Horário de Trabalho: _____

Residência: _____ Localidade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Habilitações: _____

Telefone (Casa): _____ Telefone (Trabalho) _____ Telemóvel: _____

Nome do Mãe: _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Horário de Trabalho: _____

Residência: _____ Localidade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Habilitações: _____

Telefone (Casa): _____ Telefone (Trabalho) _____ Telemóvel: _____

Composição do Agregado Familiar:

Nome	Parentesco	Idade

DADOS SOCIAIS (continuação):

- Tem mais algum irmão? Sim Não ;

(Se Sim: Quantos? _____ Frequentam esta Instituição? _____)

- Horário Provável de Frequência: Entrada às _____ e Saída às _____ horas.

- A criança já frequentou outro Estabelecimento de Ensino? ____ Se sim qual? ____ - ____

- Motivo porque pretende confiar a Criança à Instituição? _____

- Informações sobre história, gostos, hábitos: _____

- Informações Sociofamiliar sobre a Habitação: Tipologia: _____

Própria / Arrendada: _____ Condições: _____

SAÚDE DA CRIANÇA:

- A Criança é saudável? Sim Não ; (Se não especificar) _____

- Precisa de Cuidados Especiais? _____

- Quais as doenças que teve? _____

- Qual o Médico de Família? _____ Contacto do Médico? _____

- Informação Médica: Dietas: _____ Medicação: _____

- Entrega do Boletim de Vacinas: ; Alergias: _____ Grupo Sanguíneo: _____

- A criança tem relutância a algum alimento? ____ Se Sim Qual? _____

- Hábitos de Alimentação: _____

- Declaro que o meu filho (educando) não sofre de nenhuma doença infeto contagiosa

Data da Inscrição: Serpa _____ de _____ de _____.

O Diretor Técnico: _____

O Encarregado de Educação: _____