



Santa Casa da Misericórdia  
**São Brás de Alportel**

Centro Infantil António Calçada

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**ESPAÇO RESERVADO AOS SERVIÇOS**

<b>Resposta Social</b>	<input type="checkbox"/> Creche	Data da Inscrição:	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Pré-Escolar	Nº de Inscrição Provisório:	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> A.T.L.	Data da Admissão:	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Centro Jovem	Data Inicio Frequencia	<input type="text"/>

**Ponto de Situação**

Admitida Nº PI:

Não admitida mas interessada em ingressar (lista de espera) Sala:

Não admitida e anulada inscrição pela família

Não admitida e anulada inscrição por não respeitar requisitos

Data de Saída: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ; Motivo da Saída:

**Nome da Criança**

**Documentos necessários para a Inscrição**

- Cópia do documento de identificação do menor - Cartão de Cidadão/Assento de Nascimento;
- Cópia do Cartão de Cidadão do Encarregado de Educação;
- Cópia do N.I.S.S. (n.º de identificação da Segurança Social) do menor;
- Cópia do N.I.F (n.º de identificação fiscal) do menor;
- Cópia do cartão de utente do menor;
- Cópia do boletim de vacinas do menor atualizado / declaração do Centro de Saude;
- Cópia da declaração de rendimentos do agregado familiar de 2019 (IRS), acompanhada do comprovativo de entrega;
- Cópia do recibo da renda de casa ou declaração bancária com valor da prestação mensal devida por aquisição de habitação própria permanente;
- Cópia do recibo de vencimento do agregado familiar referentes ao mês anterior;
- Comprovativos de encargos mensais com transportes públicos, caso existam;
- Despesas com aquisição de medicamentos de uso continuado em caso de doença crónica acompanhada de respectiva receita médica;

**NOTA IMPORTANTE**

**A Inscrição só é considerada, após a entrega de todos documentos.**



### 3. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Agregado familiar beneficiário de Rendimento Social de Inserção: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Criança descendente direto de colaborador da Misericórdia: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Criança com irmãos a frequentar uma das respostas sociais do Centro Infantil: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Qual: \_\_\_\_\_

Criança com irmãos que frequentaram o Centro Infantil: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Respostas Sociais: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Pais frequentaram o Centro Infantil: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Qual: \_\_\_\_\_ Respostas Sociais: \_\_\_\_\_

Criança descendente direto da irmandade da Misericórdia: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Filho de voluntário com serviço fielmente comprovado, em instituições de solidariedade social e humanitária: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Qual: \_\_\_\_\_

Criança de família monoparental ou numerosa: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Situação: \_\_\_\_\_

Criança em situação de risco: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Situação: \_\_\_\_\_

Pais residentes ou trabalham no concelho de S. Brás de Aportel: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

### 4. SITUAÇÃO HABITACIONAL

Tipo de Habitação	Propriedade		(Valor Mensal)*
<input type="checkbox"/> Vivenda		Rendas / Empréstimo à Habitação	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Própria	Encargos de Saúde(Doença Crónica)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Parte da casa	<input type="checkbox"/> Alugada	Despesas de Transporte	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Quarto		Total	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Barraca			

\* As despesas indicadas têm de ter os documentos comprovativos.

### 5. OUTROS ELEMENTOS RELATIVOS À CRIANÇA

#### **DOMINIO RELACIONAL:**

Relação entre o pai e a mãe:

Casados  Divorciados  Solteiros  União de facto

#### **CRIANÇA A CARGO DE:**

Pais  Pai  Mãe  Outros

#### **IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA A QUEM A CRIANÇA ESTÁ A CARGO (quando não com os pais)**

Nome:

Telefone:  Tlm  Grau de Parentesco/Relação

Nome:

Telefone:  Tlm  Grau de Parentesco/Relação

### 6. ASPECTOS DE SAÚDE E HÁBITOS DE HIGIENE

Medico de Familia  Telefone

Grupo Sanguíneo:(facultativo)  RH

**Doenças que a criança tem ou já teve até à data:**

Sarampo	Varicela	Papeira	Epilepsia	Asma
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Bronquite	Gripe	Amigdalites	Alergias	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

OUTRAS:



A Criança tem necessidades educativas especiais - N.E.E	Se sim, quais:
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência motora

OUTROS:



A Criança tem necessidade de algum apoio especial?	Se sim, especifique:
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	



Cartão de Vacinas está actualizado	Se não, especifique:
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

**7. OUTRAS INFORMAÇÕES**

Visita às Instalações
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, a família assim o entendeu <input type="checkbox"/> Não, a Instituição não tinha disponibilidade

Data de Inscrição:

Assinatura do responsável  
pela inscrição:

Cartão Cidadão n.º

Data Validade

A Funcionária dos Serviços: