



ABECEDÁRIO



ASSOCIAÇÃO DE CULTURA E DESPORTO DA BRANDOA
INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL
INSTITUIÇÃO DE UTILIDADE PÚBLICA

Diário da República n.º 30 – III Série de 05/02/2002 - FUNDADA EM 09/02/87

Fórum Luís de Camões Sala. 9 – Rua Luís Vaz de Camões Brandoa 2650 – 197 Amadora

Tel. 21 476 02 06 / 91 054 14 04 – Fax. 21 476 25 48 – Email: abcd.brandoa@abcd.pt

FICHA DE INSCRIÇÃO Nº _____

Inscrição Recebida em: ____/____/____

Admitido em: ____/____/____

Por: _____

Sáiu em: ____/____/____

Entidade: _____/_____

INSCRIÇÃO PARA:

Pré - Escolar Sala 1

Pré - Escolar Sala 2

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome: _____

D.N: ____/____/____ Idade: _____ Nº Utente da Criança: _____

NISS da Criança : _____ / NIF da Criança: _____

Residência: _____

Localidade: _____ Código Postal: ____ - ____ - ____

EM CASO DE URGÊNCIA CONTACTAR:

Nome: _____ Telefone: _____ / _____

IDENTIFICAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Nome do Encarregado de Educação: _____

Parentesco: _____ Idade: _____

Residência: _____ Telefone: _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Telefone: _____

EMAIL: _____

IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS

Nome da Mãe: _____ Idade _____

Residência: _____ Telefone: _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Telefone: _____

EMAIL: _____

Nome do Pai: _____ Idade _____

Residência: _____ Telefone: _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Telefone: _____

EMAIL: _____

INDICAÇÕES ÚTEIS

É a primeira vez que frequenta um Centro de Infância? _____

Se respondeu não, indique quais os locais que frequentou: _____

Tem irmãos? _____ Quantos? _____ Vivem com a criança? _____

A criança necessita de algum apoio especial? _____

Se respondeu sim, indique qual / quais: _____

Tem irmãos a frequentar alguma das nossas valências? _____

Se respondeu sim, indique qual / quais: _____

A criança costuma tratar de si próprio sózinho? _____

Se respondeu não, indique quais as dificuldades: _____

Tem algum problema nocturno (medo , neurose , pavores) ? _____

Se respondeu sim, indique qual / quais: _____

Tem alguma alergia? _____

Se respondeu sim, indique qual / quais: _____

Tem dificuldade em comer? _____

Se respondeu sim, indique qual / quais: _____

Existe algum alimento que não goste? _____

Se respondeu sim, indique qual / quais ? _____

CONTACTO DO MÉDICO ASSISTENTE

Centro Saúde

Pediatra

Outro

Nome Médico: _____

Contacto: _____

RECOMENDAÇÕES ESPECIAIS



Utilize este espaço para fazer algum tipo de recomendação que achar importante:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que **tomei conhecimento** e **concordo** com as normas do **Regulamento Interno e Declaração de Recolha de Dados Pessoais** em vigor, e assumo inteira responsabilidade por todas as declarações constantes nesta Ficha de Inscrição , assim como a entrega do **NIF da Criança, obrigatório para a entrada no seguro escolar.**

Assinatura do Encarregado de Educação: _____

Data: _____ / _____ / _____