

ASSOCIAÇÃO DE CULTURA E DESPORTO DA BRANDOIA

INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

Diário da República n.º 30 – III Série de 05/02/2002

FUNDADA EM 09/02/87



ABECEDÁRIO

FICHA DE INSCRIÇÃO Nº _____

Inscrição Recebida em: _____ / _____ / _____

Admitido em: _____ / _____ / _____

Por: _____

Saiu em: _____ / _____ / _____

Nº Utente: _____

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: _____

Nº Cartão Cidadão / Cédula da Criança: _____

Morada: _____

Localidade: _____

Código Postal: _____ - _____ - _____

IDENTIFICAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Nome do Encarregado de Educação: _____

Parentesco: _____

Idade: _____

Telefone: _____

Morada: _____

Localidade: _____

Código Postal: _____ - _____ - _____

Local de Trabalho: _____

Telefone Trabalho: _____

EMAIL: _____

IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS

Nome da Mãe: _____

D.N: _____ / _____ / _____

Nº Cartão Cidadão/ Cédula: _____

Contacto: _____

Morada: _____

Localidade: _____

Código Postal: _____ - _____ - _____

Habilitações Literárias: _____

EMAIL: _____

Habilitações Literárias: _____

Profissão: _____

Local de Trabalho: _____

Telefone Trabalho: _____

Nome do Pai: _____

D.N: _____ / _____ / _____

Nº Cartão Cidadão/ Cédula: _____

Contacto: _____

Morada: _____

Localidade: _____

Código Postal: _____ - _____ - _____

Habilitações Literárias: _____

EMAIL: _____

Habilitações Literárias: _____

Profissão: _____

Local de Trabalho: _____

Telefone Trabalho: _____

EM CASO DE URGÊNCIA CONTACTAR (outros contactos):

Nome: _____

Parentesco: _____

Telefone: _____

Nome: _____

Parentesco: _____

Telefone: _____

ASSOCIAÇÃO DE CULTURA E DESPORTO DA BRANDOIA

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: _____ / _____ / _____