



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: _____

Saiu em: ____ / ____ / ____

Entidade: ____ / ____

INSCRIÇÃO PARA:

Interrupções Lectivas

Escola _____

07H30 - 19H30

ATL Aprender & Brincar

Escola _____

07H30 - 09H00

17H30 - 19H30

Pré - Prolongamento

Escola _____

07H30 - 09H00

15H15 - 19H00

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: _____

/ /