

# Ficha de Inscrição / Renovação

 Inscrição

 Renovação

 Creche

 Pré-Escolar

ZONA RESERVADA AOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

Data de Inscrição:		Data de Admissão:		Nº Utente:	
Saiu em:		Motivo:		Nº Apólice Seguro:	
Ano Letivo: ____/____	Educadora _____		Aj. Ação Educ. _____		

ZONA A PREENCHER PELO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

<b>1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA</b>					
Nome _____					
Nº BI / Cartão de Cidadão/AR			Validade		
NIF		NISS		NACIONALIDADE	
Data de nascimento		-		N.º Utente de Saúde	
Local de residência: Mãe <input type="radio"/> Pai <input type="radio"/> Ambos <input type="radio"/> Outro familiar ou responsável legal pela criança <input type="radio"/>					

## 2. FILIAÇÃO

Nome da Mãe _____					
NIF			NISS		
Nº BI / Cartão de Cidadão/AR/PS			Data de validade		
Naturalidade		Nacionalidade		Estado civil	
Morada _____					
Código postal		-		Localidade	
				E-mail	
Telefone		Telemóvel		Data de nascimento	
Profissão		Empresa		Telefone	
Nome do Pai _____					
NIF			NISS		
Nº BI / Cartão de Cidadão/AR/PS			Data de validade		
Naturalidade		Nacionalidade		Estado civil	
Morada _____					
Código postal		-		Localidade	
				E-mail	
Telefone		Telemóvel		Data de nascimento	
Profissão		Empresa		Telefone	

## 3. DADOS SOBRE O ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Quem será o Encarregado de Educação? (assinalar com X)	Mãe <input type="radio"/>	Pai <input type="radio"/>	Outro <input type="radio"/>
--	---------------------------	---------------------------	-----------------------------

Contactos do encarregado de educação, apenas no caso de não serem os pais:

Nome Enc.Educ. _____					
NIF			NISS		
Nº BI / Cartão de Cidadão/AR/PS			Data de validade		
Naturalidade		Nacionalidade		Estado civil	
Profissão		Empresa		Telefone	
Morada _____					
Código postal		-		Localidade	
				E-mail	
Telefone		Telemóvel		Data de nascimento	

#### 4. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Identificação das pessoas autorizadas a recolher a criança:

Nome	Parentesco	Nº BI / Cartão de Cidadão/AR

Médico Assistente: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Doenças: \_\_\_\_\_

Intolerância Medicamentosa: \_\_\_\_\_

Existem irmãos a frequentar algum estabelecimento de infância do CSPCSJ?

Sim  
 Não

Se sim, indique o(s) nome(s) do(s) irmão(s) e qual o estabelecimento: \_\_\_\_\_

A criança necessita de algum apoio especial (necessidades educativas especiais)?

Sim  
 Não

Se sim, especifique: \_\_\_\_\_

Criança é filha de funcionário(a)

Sim  
 Não

Se sim, indique o nome do(a) funcionário(a): \_\_\_\_\_

#### 5. CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Composição do Agregado Familiar - Identificação das pessoas que residem com a criança habitualmente:

Nome	Parentesco	Idade	Profissão	Situação Profissional *

\* Efetivo(a), contratado(a), trabalhador(a) independente, reformado, doméstico(a), desempregado(a), estudante

O agregado familiar é beneficiário de outros rendimentos? (por exemplo rendas de imóveis; remuneração de trabalhos não declarados na Declaração de IRS; prémios, subsídios ou comissões não incluídas na Declaração de IRS, entre outros)

Sim  
 Não

Se sim, especifique:  
Valor do rendimento: \_\_\_\_\_  
Periodicidade de recebimento do rendimento: \_\_\_\_\_  
Validade: \_\_\_\_\_ (caso seja previsível)

O agregado familiar é beneficiário de algum subsídio / apoio financeiro por parte de alguma Instituição, p.e. RSI ou Subsídio de Desemprego? (ou outros apoios financeiros concedidos pela Entidade Empregadora, Segurança Social e outras entidades) ?

Sim  
 Não

Se sim, especifique:  
Instituição: \_\_\_\_\_ Tipo de apoio: \_\_\_\_\_  
Valor mensal do subsídio / apoio: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_

Em caso de separação de facto ou divórcio, o familiar com a custódia da criança recebe apoio financeiro por parte do pai/mãe?

Sim  
 Não

Se sim, especifique:  
Valor do apoio financeiro: \_\_\_\_\_  
Periodicidade de entrega do apoio: \_\_\_\_\_

## 6. SERVIÇO DE TRANSPORTE

Manhã Sim  Não   
Tarde Sim  Não

Local: \_\_\_\_\_

## 7. CONSENTIMENTO DA UTILIZAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS E CÓPIA DOS DOCUMENTOS ANEXADOS NESTA FICHA COM A FINALIDADE DE:

Contrato de Utentes (Nome; Cartão Cidadão do utente e do responsável);

Cálculo da Mensalidade e Recibos de pagamento (Nome; Cartão do Cidadão; IRS e recibos de vencimento ou declaração de situação profissional e comprovativo de renda de casa; e outros)

Comunicação com as famílias -Email, carta, SMS, papel - (Nome; Morada; Contactos telefónicos; Email)

Rotinas Diárias (Ex. documento de entrada e saída); (Nome; data de nascimento; registos de avaliação; fotografias)

Cuidados de Saúde (Nome; Data de Nascimento; Boletim de vacinas; declaração que comprova alergias);

Utilização do Programa Informático de utentes (Nome; Assento de Nascimento; Cartão de Cidadão; Morada; Contactos;

Partilha dos dados com entidades que representam a lei (Ex: Tribunal, Segurança Social);

Partilha dos dados com entidades Seguradoras (Nome; Morada; Data de Nascimento; NIF);

Partilha dos dados com entidades Parceiras do CSPCSJ (Ex. Piscinas, Câmara Municipal, Junta de freguesia, Agrupamento de escolas entre outras); (Nome, data de nascimento)

**Na qualidade de titular dos dados pessoais e/ou em representação do meu familiar, tenho ainda os seguintes direitos:**

Tenho conhecimento que a qualquer momento poderei retirar o consentimento agora facultado, não comprometendo a licitude do tratamento efetuado com base no mesmo e sem prejuízo da necessidade desses dados se manterem arquivados, sempre que se justifique, pelo período em geral de 10 anos ou pelo período que a lei exigir, após esse período os dados serão totalmente eliminados.

**Assume a mensalidade máxima da Resposta Social, pelo que não entregará qualquer documentação relativa aos rendimentos.**

**NOTA:** Esta ficha de Inscrição tem a validade de 1 ano a contar da data de receção da mesma.  
No caso de não existir vaga, a criança será integrada na lista de espera.

## 9. ASSINATURAS E VERACIDADE DOS DADOS RECOLHIDOS

Declaro serem verdadeiras e atuais todas as informações prestadas nesta inscrição / renovação, quaisquer alterações deverão ser prontamente comunicadas, tomei conhecimento do Regulamento Interno, comprometendo-me a cumpri-lo integralmente.

Responsável pela Inscrição \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_