

**Ficha Social de Inscrição / Matrícula**

Nº Processo _____

NISS _____

NIF _____

Nome da Criança: _____

Morada: _____ Localidade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Data de Admissão: ____/____/____

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO:

- 1- Crianças com deficiência (com comprovativo pelas entidades competentes)
- 2- Crianças em risco (sinalizadas por entidades competentes na matéria)
- 3- Crianças com irmãos a frequentar a Instituição
- 4- Crianças no 1º ou 2º escalão do abono (a viver no concelho de Serpa)
- 5- Crianças no 1º ou 2º escalão do abono (a trabalhar no concelho de Serpa)
- 6- Crianças de famílias monoparentais ou numerosas (a viver no concelho de Serpa)
- 7- Crianças no 3,4º ou 5º escalão do abono (a viver no concelho de Serpa)
- 8- Crianças de famílias monoparentais ou numerosas a trabalhar no concelho de Serpa
- 9- Crianças no 3,4º ou 5º escalão do abono
- 10 - Outros: _____

Data da Cessação: ____/____/____ Motivo da Cessação: _____

Identificações:**Nome do Pai:** _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Horário de Trabalho: _____

Residência: _____ Localidade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Habilitações: _____

Telefone (Casa): _____ Telefone (Trabalho) _____ Telemóvel: _____

Nome do Mãe: _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Horário de Trabalho: _____

Residência: _____ Localidade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Habilitações: _____

Telefone (Casa): _____ Telefone (Trabalho) _____ Telemóvel: _____

Composição do Agregado Familiar:

| Nome | Parentesco | Idade |
|------|------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DADOS SOCIAIS (continuação):

- Tem mais algum irmão? Sim Não ;

(Se Sim: Quantos? _____ Frequentam esta Instituição? _____)

- Horário Provável de Frequência: Entrada às _____ e Saída às _____ horas.

- A criança já frequentou outro Estabelecimento de Ensino? ____ Se sim qual? ____ - ____

- Motivo porque pretende confiar a Criança à Instituição? _____

- Informações sobre história, gostos, hábitos: _____

- Informações Sociofamiliar sobre a Habitação: Tipologia: _____

Própria / Arrendada: _____ Condições: _____

SAÚDE DA CRIANÇA:

- A Criança é saudável? Sim Não ; (Se não especificar) _____

- Precisa de Cuidados Especiais? _____

- Quais as doenças que teve? _____

- Qual o Médico de Família? _____ Contacto do Médico? _____

- Informação Médica: Dietas: _____ Medicação: _____

- Entrega do Boletim de Vacinas: ; Alergias: _____ Grupo Sanguíneo: _____

- A criança tem relutância a algum alimento? ____ Se Sim Qual? _____

- Hábitos de Alimentação: _____

- Declaro que o meu filho (educando) não sofre de nenhuma doença infeto contagiosa

Data da Inscrição: Serpa ____ de _____ de _____.

O Diretor Técnico: _____

O Encarregado de Educação: _____