



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE NISA
Praça do Município, 17
6050-358 NISA
Telef. 245 412 233/134 Fax. 245 429 159
Contrib. 500 874 980

TSR - Qualidade

IMP02.IT01.PC01

Creche

A. A PREENCHER PARA INSCRIÇÃO DA CRIANÇA NA RESPOSTA SOCIAL

Data de Admissão:	<input type="text"/>	Data de Inscrição:	<input type="text"/>
N.º de Entrada:	<input type="text"/>	N.º de Utente:	<input type="text"/>
N.º de Atendimento:	<input type="text"/>	N.º de Sala:	<input type="text"/>

Ponto de Situação da Inscrição:

Ponto de Situação

Admitida

Não admitida mas interessada em ingressar (lista de espera)

Não admitida e anulada inscrição pela família

Não admitida e anulada inscrição por não respeitar requisitos

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome Completo:	<input type="text"/>	<input type="text" value="(Foto)"/>							
Nome a ser Tratado:	<input type="text"/>								
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Data de Comemoração:	<input type="text"/>	Idade:	<input type="text"/>	Anos	<input type="text"/>	Meses	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>	Código Postal:	<input type="text"/>						
Localidade:	<input type="text"/>	Freguesia:	<input type="text"/>						
Concelho:	<input type="text"/>	Telemóvel:	<input type="text"/>						
Telefone Casa:	<input type="text"/>	Sala:	<input type="text"/>						
Grupo Sanguínio:	<input type="text"/>	RH:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="text"/>	Nº Contribuinte:	<input type="text"/>		
B.I./C. Cidadão N.º:	<input type="text"/>	N.º Ident. Seg. Social:	<input type="text"/>						
N.º Cartão Utente:	<input type="text"/>	Medico Assistente:	<input type="text"/>						

2. FILIAÇÃO

Nome da Mãe: **Habilitações Literárias:**
Profissão: **Local de Emprego:** **Telefone:**
Horário de Trabalho: **Morada:**
Localidade: **Email:**
Código Postal: **Telefone:** **Telemóvel:**
Data de Nascimento: **Idade:** **Anos**

Nome do Pai: **Habilitações Literárias:**
Profissão: **Local de Emprego:** **Telefone:**
Horário de Trabalho: **Morada:**
Localidade: **Email:**
Código Postal: **Telefone:** **Telemóvel:**
Data de Nascimento: **Idade:** **Anos**

3. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Irmãos a Frequentar o Estabelecimento:

Sim
Não

Se sim, qual a resposta:

Criança familiar de Bombeiro Voluntário:

Sim
Não

Criança que necessita de algum apoio especial:

Sim
Não

Se sim, especifique:

4. CARATERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

É o Primeiro Casamento? Estado Civil Pai: Estado Civil Mãe:

Existem Filhos de Outras ligações? Quantos?

Vivem com o Agregado Familiar? Idades:

Observações:

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

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o Utente		Profissão	Rendim. Ilíquido	I.R.S.	Seg. Social	Rendim. Líquido
			Sim	Não					
Valor Per Capita									€
Sub-Total							€		€
Outros Rendimentos									€
Total							€		€
Total Impostos									€

Local de residência do Agregado Familiar:

Agregado Familiar Beneficiário de RSI:
(Aplicável a estabelecimentos da rede solidária e da rede pública)

Sim	<input type="radio"/>
Não	<input type="radio"/>

Dados do Agregado Familiar:

(Aplicável a estabelecimentos da rede solidária e da rede pública)

Tipo de Habitação (assinale com um X)		Propriedade (assinale com um X)	
Vivenda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Própria	
Andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Alugada	
Parte da Casa	<input type="radio"/>		
Quarto	<input type="radio"/>		
Barraca	<input type="radio"/>		
Casa Térrea	<input type="radio"/>		

Encargos:	
Habitação	
Saúde	
Educação	
Transportes	
Outros	
Total:	

5. VISITA ÀS INSTALAÇÕES

Visita às Instalações
<input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Não, família assim o entendeu
<input type="radio"/> Não, estabelecimento não tinha disponibilidade

6. Foram entregues cópias de todos os documentos necessários?

Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
---------------------------	---------------------------

Assinale quais os documentos em falta e a respetiva data de entrega:

Cópia dos encargos com a habitação:	<input type="radio"/>	Data da Entrega:	
Cópia da declaração de IRS e respetivo comprovativo de liquidação:	<input type="radio"/>	Data da Entrega:	
Cópia do recibo de vencimento dos familiares:	<input type="radio"/>	Data da Entrega:	
Cópia do boletim de vacinas atualizado:	<input type="radio"/>	Data da Entrega:	
Declaração médica:	<input type="radio"/>	Data da Entrega:	
Declaração Segurança Social + IEFP (caso desemprego):	<input type="radio"/>	Data da Entrega:	
Cópia do documento de identificação da criança:	<input type="radio"/>	Data da Entrega:	
Cópia do documento de identificação dos Encarregados de Educação:	<input type="radio"/>	Data da Entrega:	
Outros.Especificar:	<input type="radio"/>	Data da Entrega:	

7. OBSERVAÇÕES

7. ASSINATURAS

Família

Data:

Organização

Data:

Nota 1:

1 - A assinatura da presente ficha de inscrição implica o conhecimento e concordância prévia com as normas e regulamento interno do estabelecimento.

2 - Junto da ficha de inscrição, colocar os seguintes documentos: caso se trate de um estabelecimento da rede pública ou solidária, deve ser apresentado cópia dos encargos com a habitação; cópia da declaração do IRS e respectivo comprovativo de liquidação; cópia dos recibos de vencimento dos familiares.

3 - Todas as informações disponibilizadas nesta ficha são confidenciais, não podendo ser utilizadas sem a autorização prévia da família