

COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Nome	Parentesco	Idade	Profissão

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA A QUEM A CRIANÇA ESTÁ A CARGO (se aplicável, quando a criança não está com os pais)

Nome	_____	Data Nasc.	____/____/____
Morada	_____	CP	____-____
Localidade	_____	CC N.º	_____
Habilitações	_____	Profissão	_____
Entid. patronal	_____	Horário de trab.	_____
Telef. resid.	_____	Telem.	_____
		Telef. trab.	_____
E-mail	_____		

SITUAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA

Doenças ou problemas de saúde relevantes:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, especifique:	_____
Doenças hereditárias:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, especifique:	_____
Com NEE (Necessidades Educativas Especiais):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, especifique:	_____
Com alergia a alimentos:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, especifique e apresente declaração médica:	_____
Com alergia a medicamentos:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, especifique e apresente declaração médica:	_____
Outras alergias:	<input type="checkbox"/> Poeiras <input type="checkbox"/> Pólen <input type="checkbox"/> Contacto com animais <input type="checkbox"/> Outras, especifique:	_____
Vacinação atualizada:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se não, especifique:	_____
GRUPO SANGUÍNEO:	_____	Médico Assistente
Consultório	_____	Telef.
Prestador de cuidados de saúde:	<input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> ADSE N.º _____	
	<input type="checkbox"/> SAMS N.º _____	<input type="checkbox"/> Outro _____
Obs.:	_____	

QUAIS AS PESSOAS A QUEM A INSTITUIÇÃO PODE CONFIAR O MEU EDUCANDO

Nome _____	
Parentesco / Relação com a criança _____	Telm. _____
Nome _____	
Parentesco / Relação com a criança _____	Telm. _____
Nome _____	
Parentesco / Relação com a criança _____	Telm. _____
Nome _____	
Parentesco / Relação com a criança _____	Telm. _____
Nome _____	
Parentesco / Relação com a criança _____	Telm. _____

ALÉM DOS PAIS, PESSOAS A CONTACTAR EM CASO DE EMERGÊNCIA

Nome _____	Parentesco _____
Local de trab. _____	Telm. _____
Nome _____	Parentesco _____
Local de trab. _____	Telm. _____

ELEMENTOS RELATIVOS À FREQUÊNCIA

Horário previsto da frequência na Resposta Social: Entrada _____, _____ h. Saída _____, _____ h.
Motivo por que confio o meu filho(a) a esta Instituição: _____

PONDERAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE ADMISSÃO (A preencher pela Dir. Técnica)

a) Crianças em situação de risco social, baixos recursos económicos ou carência diversa	<input type="checkbox"/>	8
b) Ausência ou incapacidade dos pais para assegurar aos filhos os cuidados necessários	<input type="checkbox"/>	7
c) Crianças com irmãos a frequentar o Equipamento	<input type="checkbox"/>	6
d) Crianças que frequentaram a Creche do Equipamento (desde o ano letivo 20____/____ - 2 pontos por c/ ano) ...	<input type="checkbox"/>	
e) Descendentes dos trabalhadores ou de Irmãos da Misericórdia (*)	<input type="checkbox"/>	4
f) Crianças de famílias monoparentais ou numerosas	<input type="checkbox"/>	3
g) Crianças residentes na área geográfica da Instituição	<input type="checkbox"/>	2
h) Crianças cujos pais trabalhem na área geográfica da Instituição (por cada progenitor é atribuído 1 ponto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(*) Este critério só se aplica aos lugares não abrangidos pelo Protocolo de Cooperação com o ISS/IP/DGEE.

OBSERVAÇÕES

REGULAMENTO GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS - É obrigatória a aceitação e assinatura deste Quadro

Os dados aqui facultados destinam-se expressamente a dar cumprimento às Normas Regulamentares vigentes do Instituto da Segurança Social e Direção-Geral dos Equipamentos Escolares.

Destinam-se exclusivamente para os seguintes fins:

- Inscrição da criança na plataforma da Segurança Social;
- Registo em programa informático certificado para emissão de documentos fiscais de quitação e transmissão à Autoridade Tributária através do *e-fatura*;
- Inscrição na entidade seguradora para efeitos da emissão de Apólice do Seguro Escolar;
- Elaboração do Plano Individual da Criança;
- Identificação junto dos serviços de saúde em situação de emergência médica.

Tomei conhecimento das condições de Inscrição / Admissão, confirmo a veracidade das informações expressas neste documento e concordo com a utilização a dar aos respetivos dados.

Data, ___/___/ 20___

Assinatura do Encarregado de Educação, conforme BI/CC

SITUAÇÃO DA INSCRIÇÃO / ADMISSÃO (A preencher pela Instituição)

❶ O Encarregado de Educação foi contactado em ___/___/ 20___ e informado de:

- Existência de vaga / Deve completar o processo de admissão
 Inexistência de vaga.

O Colaborador da Instituição

❷ O Encarregado de Educação informou esta Instituição em ___/___/ 20___, de que continua interessado de que esta candidatura integre a lista de espera.

O Colaborador da Instituição

Assinatura do Encarregado de Educação, conforme BI/CC

❸ Processo de inscrição regularizado Processo não regularizado Data ___/___/ 20___

Nota: A inscrição só é considerada regularizada após a entrega de todos os documentos previstos no RI.

O Colaborador da Instituição

Assinatura do Encarregado de Educação, conforme BI/CC

MOTIVO DA CESSAÇÃO DOS SERVIÇOS

OBSERVAÇÕES (Da Instituição / Setor Administrativo)

