



## 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	_____
		NIF	_____
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 CRITÉRIOS ADMISSÃO (A preencher pela Dir. Técnica)

	TOTAL DA PONDERAÇÃO
1. Crianças que frequentaram a creche no ano anterior; .....	<input type="radio"/> 10
2. Crianças com deficiência/incapacidade; .....	<input type="radio"/> 9
3. Crianças filhos de mães e pais estudantes menores, ou beneficiários de assistência pessoal no âmbito do Apoio à Vida Independente ou reconhecido como cuidador informal principal, ou crianças em situação de acolhimento ou em casa abrigo; .....	<input type="radio"/> 8
4. Crianças com irmãos, que comprovadamente pertençam ao mesmo agregado familiar, que frequentem o Equipamento; .....	<input type="radio"/> 7
5. Crianças beneficiárias da prestação social Garantia para a Infância e/ou com abono de família para crianças e jovens (1.º e 2.º escalões), cujos EE residam, comprovadamente, na área de influência da RS; .....	<input type="radio"/> 6
6. Crianças beneficiárias da prestação social Garantia para a Infância e/ou com abono de família para crianças e jovens (1.º e 2.º escalões), cujos EE desenvolvam a atividade profissional, comprovadamente, na área de influência da RS. (2,5 ponto p/ cada progenitor); .....	<input type="radio"/>
7. Crianças em agregados monoparentais ou famílias numerosas, cujos EE residam, comprovadamente, na área de influência da RS; .....	<input type="radio"/> 4
8. Crianças cujos EE residam, comprovadamente, na área de influência da RS; .....	<input type="radio"/> 3
9. Crianças em agregados monoparentais ou famílias numerosas cujos EE desenvolvam a atividade profissional, comprovadamente, na área de influência da RS. (1 ponto p/ cada progenitor); .....	<input type="radio"/>
10. Crianças cujos encarregados de educação desenvolvam a atividade profissional, comprovadamente, na área de influência da RS. (0,5 ponto p/ cada progenitor); .....	<input type="radio"/>

## 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.

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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_