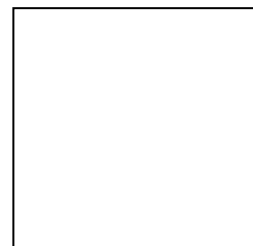




**CENTRO DE BEM-ESTAR INFANTIL VISCONDE DE SOUSELA E ISABEL MARIA**

Santa Casa da Misericórdia de Lousada



**Ficha de inscrição**

**Dados de identificação da Criança**

Nome: \_\_\_\_\_ Processo nº \_\_\_\_\_

Nome porque é tratado: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_ contacto: \_\_\_\_\_

**Filiação**

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Local de Emprego: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Irmão (s) a frequentar a Instituição:

Irmãos na instituição
sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>

Se sim, nome (s) e sala (s):

Nome: \_\_\_\_\_ sala: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ sala: \_\_\_\_\_



## CENTRO DE BEM-ESTAR INFANTIL VISCONDE DE SOUSELA E ISABEL MARIA

Santa Casa da Misericórdia de Lousada

Criança necessita de algum apoio especial:

Necessidade de apoio especial
sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>

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

### Composição do Agregado familiar

(identificação das pessoas que residem com a criança habitualmente)

Nome	Parentesco	Idade

### Dados do Agregado Familiar

Tipo de Habitação
Vivenda    sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
Apartamento    sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>

Propriedade
Própria    sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
Arrendada    sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>



**CENTRO DE BEM-ESTAR INFANTIL VISCONDE DE SOUSELA E ISABEL MARIA**

Santa Casa da Misericórdia de Lousada

**Critérios de selecção e priorização**

<b>Critério de selecção</b>
<input type="checkbox"/> Idade da criança <input type="checkbox"/> Criança em risco <input type="checkbox"/> Ausência ou indisponibilidade dos pais em assegurar cuidados <input type="checkbox"/> Irmão a frequentar o estabelecimento <input type="checkbox"/> Criança com necessidades especiais <input type="checkbox"/> Situação encaminhada pelos serviços da Segurança Social <input type="checkbox"/> Outros

**Outros elementos relativos à criança**

<b>Criança a cargo de:</b>
<input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Outros

**Se está a cargo de outra pessoa**

Motivo: \_\_\_\_\_

**Identificação da pessoa a quem a criança está a cargo (quando não os pais):**

Nome: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ local de Emprego: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ telemóvel: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ anos

Nome da pessoa responsável pela criança: \_\_\_\_\_



**CENTRO DE BEM-ESTAR INFANTIL VISCONDE DE SOUSELA E ISABEL MARIA**

Santa Casa da Misericórdia de Lousada

**Situação de Saúde**

A criança pertence ao Centro de Saúde de: \_\_\_\_\_

Médico de Família: \_\_\_\_\_

Sofre de alguma doença? Sim ☐ não ☐

Em caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_

Indicações especiais a ter em conta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Já teve:

Sarampo: sim ☐ não ☐

Varicela: sim ☐ não ☐

Papeira: sim ☐ não ☐

Outras: sim ☐ não ☐

Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sofre de algum tipo de alergias: sim ☐ não ☐

Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**A nível Alimentar:**

Pode comer todos os alimentos sem restrições: sim ☐ não ☐

No caso de não poder comer algum alimento, indique qual ou quais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Cartão de vacinas actualizado:**

Cartão Vacinas
sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>

Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**CENTRO DE BEM-ESTAR INFANTIL VISCONDE DE SOUSELA E ISABEL MARIA**

Santa Casa da Misericórdia de Lousada

**A criança frequentou:**

Creche ; Jardim - Infância ☐; Ama Privada ; Ama ; Família .

**Horário previsto de frequência na instituição**

Entrada: \_\_\_\_\_

Saída: \_\_\_\_\_

**Caso haja n° suficientes de inscrições para o funcionamento do Infantário no mês de Agosto pretendo que o meu educando frequente:**

☐ 1ª Semana de Agosto;

☐ 2ª Semana de Agosto;

☐ 1ª e 2ª semana de Agosto;

**Elementos a quem a criança pode ser entreguem:**

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**Pessoas a contactar em situação de emergência:**

Nome: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ telemóvel: \_\_\_\_\_ telefone serviço: \_\_\_\_\_

Local de emprego: \_\_\_\_\_ telefone: \_\_\_\_\_



**CENTRO DE BEM-ESTAR INFANTIL VISCONDE DE SOUSELA E ISABEL MARIA**

Santa Casa da Misericórdia de Lousada

Nome: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ telemóvel: \_\_\_\_\_ telefone serviço: \_\_\_\_\_

Local de emprego: \_\_\_\_\_ telefone: \_\_\_\_\_

Data Inscrição : \_\_\_\_\_ Data de Entrada: \_\_\_\_\_

**Sala:** \_\_\_\_\_ **Educadora :** \_\_\_\_\_ **Auxiliar :** \_\_\_\_\_

**A Educadora**

**O Encarregado de Educação**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_