

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

Ano Letivo 2021 / 2022

Resposta Social: CATL

Critério de Admissão: \_\_\_\_\_

Ano Escolar: 1º  2º  3º  4º

Turma: A  B

UTENTE Nº \_\_\_\_\_

Data de Início de Frequência: \_\_/\_\_/\_\_

**Dados da Criança**

Nome do Inscrito: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Cartão de Cidadão ou Cédula Nº: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ Validade: \_\_/\_\_/\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_

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

Código –Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

**Dados do Pai**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Telef. Pessoal: \_\_\_\_\_ Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Trabalha: Sim  Não  Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Horário de Trabalho: \_\_\_\_\_ Telef. Trabalho: \_\_\_\_\_

**Dados da Mãe**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Telef. Pessoal: \_\_\_\_\_ Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Trabalha: Sim  Não  Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Horário de Trabalho: \_\_\_\_\_ Telef. Trabalho: \_\_\_\_\_

**Encarregado de Educação (1):** Mãe  Pai  Outro  \_\_\_\_\_ (grau de parentesco)

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

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Trabalha: Sim  Não  Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Horário de Trabalho: \_\_\_\_\_ Telef. Trab.: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Código –Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Telef. Pessoal: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_

1. O Encarregado de Educação será a pessoa que por acordo interno na família ou por designação judicial, acompanha e se responsabiliza pela criança

**Agregado Familiar:** Identificar as pessoas que residem com a criança:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Rendimento Líquido Mensal: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Rendimento Líquido Mensal: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Rendimento Líquido Mensal: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Rendimento Líquido Mensal: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Rendimento Líquido Mensal: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Rendimento Líquido Mensal: \_\_\_\_\_

Subtotal: \_\_\_\_\_

Agregado Familiar Beneficiário de RSI? Sim  Não  Outros Rendimentos: \_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

**Em caso de Necessidade Avisar:**

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco da Criança: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco da Criança: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco da Criança: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**Saídas:** Indicar as pessoas autorizadas a acompanhar a saída da criança e o seu grau de parentesco:

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Doc. Identificação: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Doc. Identificação: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Doc. Identificação: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Doc. Identificação: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**Saúde e Assistência médica:**

Instituição: \_\_\_\_\_ Nº Cartão de Utente: \_\_\_\_\_

Médico Assistente: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Tem alergias? Sim  Não  Se Sim, quais? \_\_\_\_\_ (no caso de alergias alimentares, apresentar declaração médica)

Toma regularmente algum medicamento? Sim  Não  Se Sim, quais? \_\_\_\_\_

Após contacto telefónico autorizo a toma de paracetamol, em caso de emergência? Sim  Não

Outros dados relevantes: \_\_\_\_\_ Doenças que já teve: \_\_\_\_\_

NEE (Necessidades Educativas Especiais)? Sim  Não  Se sim, quais? \_\_\_\_\_

Beneficia ou Beneficiou de Algum Apoio? Sim  Não  Terapia da Fala  Terapia Ocupacional  Psicologia  Outro: \_\_\_\_\_

**Outras Informações:**

Horário Habitual de Frequência na Escola: \_\_\_\_\_ Horário de Entrada na Escola: \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ Horário de Saída da Escola: \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_

Tem irmãos a frequentar a Horizonte? Sim  Não  Se sim, quais os nomes? \_\_\_\_\_

Tem irmãos pré-inscritos na Horizonte? Sim  Não  Se sim, quais os nomes? \_\_\_\_\_

Porque escolheu a Horizonte? \_\_\_\_\_

Outras observações que Considere Relevantes: \_\_\_\_\_

Em consequência da aceitação da presente inscrição pela Direção da Horizonte - Cooperativa de Solidariedade Social e de Ensino C.R.L. e da celebração, nesta mesma data, de Contrato de Prestação de Serviços gera-se uma relação contratual com esta cooperativa, a qual terá início em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e vigorará até ao final do corrente ano letivo ou até que qualquer uma das partes o denuncie à outra por escrito e com antecedência mínima de 15 dias, sendo a mensalidade calculada com base na Tabela de Preços em vigor no Regulamento Interno de CATL do Centro de Apoio à Família "Crescer para Integrar". A relação contratual poderá ser alterada, suspensa ou cessada nos termos previstos no Regulamento Interno de CATL do Centro de Apoio à Família "Crescer para Integrar".

Autorizo a participação do meu educando em todas as atividades da CATL da Horizonte Cooperativa de Solidariedade Social e de Ensino C.R.L.

Declaro e aceito receber as faturas e recibos do meu educando por e-mail e para o endereço eletrónico identificado nesta ficha.

Pretendo consultar toda a informação referente ao meu educando, no Site, através da área do aluno.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu (Nome do Encarregado de Educação), \_\_\_\_\_  
Declaro que tomei conhecimento e que aceito os termos e condições constantes do Regulamento de CATL do Centro de Apoio à Família "Crescer para Integrar" da Horizonte Cooperativa de Solidariedade e de Ensino C.R.L., comprometendo-me a cumprir o mesmo, o qual se encontra afixado em local público próprio, nas instalações da cooperativa, cujas regras integram, conjuntamente com a presente ficha, as normas contratuais disciplinadoras da relação com a Horizonte - Cooperativa de Solidariedade Social e de Ensino C.R.L.

(ver, quando aplicável ao caso concreto, os termos do disposto no Decreto-Lei nº 64/2007, de 14 de Março)

Assinatura: \_\_\_\_\_

**VERIFICAÇÕES – RESERVADO AOS SERVIÇOS DA HORIZONTE C.R.L.**

APRESENTOU: Comprovativo de NIF  Comprovativo de NISS  Boletim de Nascimento ou Cartão de Cidadão  Boletim de Vacinas (Atualizado)

ENTREGOU: 1 fotografia tipo passe  Declaração médica anual

RECEBIDO POR: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Recibo nº \_\_\_\_\_ Valor pago (no ato da inscrição): \_\_\_\_\_

Entregue cópia deste documento ao Sr. Encarregado de Educação

Data de Pré-Inscrição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Caso se aplique)

\_\_\_\_\_  
(rubrica do Enc. de Educação)

Data de Saída: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

