

Horizonte – Centro de Apoio à Família “Crescer para Integrar” – Matarraque

Horizonte – Centro de Apoio à Família “Educar para Incluir” – Murtal

Horizonte – I. Sagrada Família - Madorna

FICHA DE INSCRIÇÃO

Resposta Social: Creche

Ano Letivo 2021 / 2022

Critério de Admissão: _____

UTENTE Nº _____

Sala: _____

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 Direcção 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 Creche do Centro de Apoio à Família "Crescer para Integrar" / "Educar para Incluir" / "Sagrada Família". A relação contratual poderá ser alterada, suspensa ou cessada nos termos previstos no Regulamento Interno de Creche do Centro de Apoio à Família "Crescer para Integrar" / "Educar para Incluir" / "I. Sagrada Família".

Autorizo a participação do meu educando em todas as atividades da Creche 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 Creche do Centro de Apoio à Família "Crescer para Integrar" / "Educar para Incluir" / "Sagrada Família" 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: _____

