

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: Pré-Escolar

Ano Letivo 2023 / 2024

Critério de Admissão: \_\_\_\_\_

Nº de Processo: \_\_\_\_\_

Sala: \_\_\_\_\_

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

<b>Dados da Criança</b>	
Nome do Inscrito: _____	
Data de Nascimento: ___/___/___	Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____
Cartão de Cidadão ou Cédula Nº: _____ - _____	Validade: ___/___/___ NIF: _____ NISS: _____
Morada: _____	
Código -Postal: _____ - _____	Localidade: _____
<b>Dados do Pai</b>	
Nome: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____	
Telef. Pessoal: _____	Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____
Trabalha: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local de Trabalho: _____ Horário de Trabalho: _____ Telef. Trabalho: _____
<b>Dados da Mãe</b>	
Nome: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____	
Telef. Pessoal: _____	Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____
Trabalha: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local de Trabalho: _____ Horário de Trabalho: _____ Telef. Trabalho: _____
Irmãos: Tem irmãos a frequentar a Horizonte? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, quais os nomes? _____	
Identificação do Encarregado de Educação (1): Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> _____ (grau de parentesco)	

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

<b>Em caso de Necessidade Avisar:</b>		
Nome: _____	Parentesco da Criança: _____	Telefone: _____
Nome: _____	Parentesco da Criança: _____	Telefone: _____
Nome: _____	Parentesco da Criança: _____	Telefone: _____

<b>Saúde e Assistência médica:</b>	
Instituição: _____	Nº Cartão de Utente: _____
Médico Assistente: _____	Telefone: _____
Tem alergias? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se Sim, quais? _____ (no caso de alergias alimentares, apresentar declaração médica)	
Toma regularmente algum medicamento? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se Sim, quais? _____	
Após contacto telefónico autorizo a toma de paracetamol, em caso de emergência? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Outros dados relevantes: _____ Doenças que já teve: _____	
NEE (Necessidades Educativas Especiais)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, quais? _____	
Beneficia ou Beneficiou de Algum Apoio? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Terapia da Fala <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Psicologia <input type="checkbox"/> Outro: _____	

<b>Saídas:</b> 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: _____

**Dados do Encarregado de Educação**

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: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_.

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

**Outras Informações:**

Horário Habitual de Frequência na Escola: \_\_\_\_\_ Horário de Entrada na Escola: \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ Horário de Saída da Escola: \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_  
 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 30 dias, sendo a mensalidade calculada com base na Tabela de Preços em vigor no Regulamento Interno de Pré-Escolar 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 Pré-Escolar 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 Pré-Escolar 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 através dos meios disponibilizados pela Horizonte Cooperativa de Solidariedade Social e de Ensino C.R.L.  
 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 Pré-Escolar 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): \_\_\_\_\_  
 Data de Pré-Inscrição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 (Caso se aplique)  
 Entregue cópia deste documento ao Sr. Encarregado de Educação  
 \_\_\_\_\_  
 (rubrica do Enc. de Educação)

