

FICHA DE INSCRIÇÃO

Resposta Social: 1.º Ciclo do Ensino Básico

Ano Letivo 2023 / 2024

Critério de Admissão: _____

Nº de Processo: _____

Ano Escolar: 1º 2º 3º 4º

Turma: A B

Solicita Comparticipação do Ministério da Educação: Sim Não

Data de Inicio 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 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local de Trabalho: _____ Horário de Trabalho: _____ Telef. Trabalho: _____
Dados da Mãe	
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

Em caso de Necessidade Avisar:		
Nome: _____	Parentesco da Criança: _____	Telefone: _____
Nome: _____	Parentesco da Criança: _____	Telefone: _____
Nome: _____	Parentesco da Criança: _____	Telefone: _____

Saúde e Assistência médica:	
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: _____	

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: _____



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: _____

- Autorizo a participação do meu educando em todas as atividades do **1º Ciclo do Ensino Básico** 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 1ºCEB 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., sendo que, relativamente a comparticipação do Ministério da Educação e Ciência (MEC) (colocar o X na opção pretendida)
 Solicito que a Horizonte, C.R.L, adiante, ao longo do ano letivo, o valor das comparticipações previstas pelo MEC, com a inerente na redução do valor a pagar mensalmente para efeitos da mensalidade devida, sendo a Horizonte, C.R.L., posteriormente reembolsada pelo MEC do valor dessas comparticipações;
 Não pretendo redução do valor a pagar mensalmente para efeitos da mensalidade devida, aguardando que a comparticipação devida pelo MEC me seja conferida.
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: 3 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)
Data de Saída: ____/____/____ Motivo: _____
(rubrica do Enc. de Educação)

