

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

Ano Letivo 2025/2026

(Reservado aos serviços da Horizonte, C.R.L.)

Sala: _____

N.º de Processo: _____

Resposta Social: Pré-Escolar

Critério de Admissão: _____

Data de Início de Frequência: ____/____/____

Dados da Criança

Nome: _____ NIF: _____ NISS: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Documento de Identificação Pessoal (1)*: _____ Validade: ____/____/____ Entidade Emitente: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ Localidade: _____

Identificação do Encarregado de Educação (2)*: Mãe ☐ Pai ☐ Outro ☐ _____ (Indicar o grau de parentesco)

Dados do Encarregado de Educação

Nome: _____ Nacionalidade: _____ Idade: _____

Estado Civil: _____ Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____

Trabalha: Sim ☐ Não ☐ Local de Trabalho: _____ Horário de Trabalho: _____ Telef. Trabalho: _____

Morada: _____ Código Postal: _____

Localidade: _____ Telef. Pessoal: _____ Email: _____

(1)* Cartão de cidadão, cédula de nascimento, passaporte ou outro documento válido em Portugal.

(2)* O Encarregado de Educação será a pessoa que por acordo interno na Família ou por designação judicial, acompanha e se responsabiliza pela criança sendo a única contraparte contratual da Horizonte.

Dados do Pai

Nome: _____ Nacionalidade: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____

Telef. Pessoal: _____ Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____

Trabalha: Sim ☐ Não ☐ Local de Trabalho: _____ Horário de Trabalho: _____ Telef. Trabalho: _____

Dados da Mãe

Nome: _____ Nacionalidade: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____

Telef. Pessoal: _____ Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____

Trabalha: Sim ☐ Não ☐ Local de Trabalho: _____ Horário de Trabalho: _____ Telef. Trabalho: _____

Irmãos: Tem irmãos a frequentar a Horizonte? Sim ☐ Não ☐ Se sim, indicar os nomes: _____

Em caso de necessidade avisar

Nome: _____ Parentesco de Criança: _____ Telefone: _____

Nome: _____ Parentesco de Criança: _____ Telefone: _____

Nome: _____ Parentesco de Criança: _____ Telefone: _____

Saúde e assistência médica

N.º Cartão de Utente: _____ Instituição: _____ Médico Assistente: _____

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 autoriza a toma de paracetamol, em caso de emergência? Sim ☐ Não ☐

Outros dados de saúde relevantes: _____ Doenças que já teve: _____

NEE (Necessidades Educativas Especiais)? Sim ☐ Não ☐ Se sim, quais: _____

Beneficia/Beneficiou de Algum Apoio? Sim ☐ Não ☐ Terapia da Fala ☐ Terapia Ocupacional ☐ Psicologia ☐ Outro: _____

Pessoas autorizadas a acompanhar a entrada e saída da criança

Nome: _____ N.º Doc. Identificação: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____

Nome: _____ N.º Doc. Identificação: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____

Nome: _____ N.º Doc. Identificação: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____

Nome: _____ N.º Doc. Identificação: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____

Nome: _____ N.º Doc. Identificação: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____

Nome: _____ N.º Doc. Identificação: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____

Nome: _____ N.º Doc. Identificação: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____

Nome: _____ N.º Doc. Identificação: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____

Agregado Familiar (Indicar 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? _____

A criança está inscrita ou há intenção de a inscrever noutras Instituições, privadas ou sociais, ou em escola pública? Sim ☐ Não ☐

Outras observações que considere relevantes: _____

☐ 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.

☐ Autorizo a participação do meu educando na Festa de Natal da Horizonte – Cooperativa de Solidariedade Social e de Ensino, C.R.L.

☐ Autorizo a participação do meu educando na Festa de Final de Ano da 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 Interno de Pré-Escolar do Centro de Apoio à Família “Crescer para Integrar” / “Educar para Incluir” / “I. Sagrada Família” da Horizonte – Cooperativa de Solidariedade Social 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.

Assinatura: _____

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 a Horizonte, C.R.L. o denuncie ao abrigo do Regulamento Interno ou que o Encarregado de Educação o denuncie, 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” / “I. 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”.

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 Digital (Atualizado) ☐

Entregou: 1 Fotografia Tipo Passe ☐ Recebido por: _____ Data: ____/____/____

Recibo n.º _____ Valor Pago (no ato da inscrição): _____ €

Data da Pré-Inscrição (caso se aplique): ____/____/____

Entregue cópia deste documento ao Sr. Encarregado de Educação: _____ (rúbrica do Enc. Educação)

Data de Saída: ____/____/____ Motivo: _____

