

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 2026/2027

(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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Eu (nome do Encarregado de Educação), \_\_\_\_\_

declaro que tomei conhecimento que a não apresentação dos documentos identificados nesta Ficha de Inscrição, implica a perda de validade do próprio requerimento de inscrição.

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:** Documento de Identificação Pessoal do Encarregado de Educação

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:** \_\_\_\_\_