

Ficha de Inscrição

Resposta Social: 1.º Ciclo do Ensino Básico

Ano Letivo 2026/2027

Solicita Participação do Ministério de Educação: Sim Não Ano Escolar: 1.º 2.º 3.º 4.º Turma: A B

Critério de Admissão: _____ N.º de Processo: _____ 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 do 1.º 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.

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 do 1.º Ciclo do Ensino Básico do Centro de Apoio à Família “Crescer para Integrar” 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., sendo que, relativamente a comparticipação do Ministério da Educação (colocar X na opção pretendida)

Solicito que a Horizonte, C.R.L. adiante, ao longo do ano letivo, o valor das comparticipações previstas pelo Ministério da Educação, com a inerente redução do valor a pagar mensalmente para efeitos de mensalidade devida, sendo a Horizonte, C.R.L., posteriormente reembolsada pelo Ministério da Educação no valor dessas comparticipações;

Não pretendo redução do valor a pagar mensalmente para efeitos de mensalidade devida, aguardando que a comparticipação devida pelo Ministério da Educação me seja conferida.

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: _____

Verificações – Reservado aos serviços da Horizonte, C.R.L.

Apresentou: Documento de Identificação Pessoal do Encarregado de Educação

Comprovativo de NIF Comprovativo de NISS Documento de Identificação Pessoal Boletim de Vacinas Digital (Atualizado)

Entregou: 2 Fotografias 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:** _____