

FICHA DE INSCRIÇÃO

para crianças nascidas a partir de 1 de setembro de 2021



CASA DO POVO
DE ABRAVESES



Ano Letivo Processo n.º

Data de admissão Data de saída

Motivo

1 Identificação da criança (a preencher pela família)

Nome completo:

Morada:

Código postal:

Data de nascimento: Idade: (anos e meses) Sexo: F M

CC/Assento N. n.º NIF:

NISS:

Arq. de Identificação: Naturalidade:

Freguesia: Concelho:

Distrito: Nacionalidade:

N.º Cartão Utente: Unidade de Saúde:

2 Filiação

Nome da mãe:

Morada:

Código postal: Telefone/Telemóvel:

Data de nascimento: CC:

NISS: NIF:

E-mail: Nacionalidade:

Hab. literárias: Profissão:

Local de trabalho: Telefone (emprego):

Horário de trabalho: Tempo de deslocação:

Nome do pai:

Morada:

Código postal: Telefone/Telemóvel:

Data de nascimento: CC:

NISS: NIF:

E-mail: Nacionalidade:

Hab. literárias: Profissão:

Local de trabalho: Telefone (emprego):

Horário de trabalho: Tempo de deslocação:

3 Encarregado de Educação (Se for pai ou mãe, basta indicar escrevendo o nome)

Nome completo: Grau de parentesco:
Morada:
Código postal: Telefone/Telemóvel:
Data de nascimento: CC:
NISS: NIF:
E-mail: Nacionalidade:
Hab. literárias: Profissão:
Local de trabalho: Telefone (emprego):
Horário de trabalho: Tempo de deslocação:

4 Comp. do agregado familiar (identificação das pessoas que residem com a criança)

NOME	PARENTESCO	IDADE	PROFISSÃO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5 Outros dados

DESLOCAÇÃO: Transporte público Viatura própria Outra
Tem irmãos a frequentar a Creche da CPA? Sim Não
Necessidade de algum apoio especial com declaração médica? Sim Não
Especifique:

6 Documentos entregues

- Boletim de vacinas da criança (atualizado);
- Família monoparental - regulação do poder paternal
- Declaração médica da necessidade de medicação de uso contínuo - doenças crónicas

7 Observações

8 Data: Assinatura:

9 Serviços Administrativos: Observações:
(A preencher pela Instituição)

Data da inscrição: Assinatura:
A Diretora Técnica da Creche