A preencher pelos serviços:
Nº de Inscrição _____ Valência _____ Sala _____
Nº PIC: _____

Ponto de Situação da Inscrição:

☐ Admitida (Data: ___/___/____)
☐ Não admitida, mas interessado/a em ingressar (lista de espera)
☐ Não admitida e anulada a inscrição pela família

1 – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Nome a Chamar: _____

Data De Nascimento: ___/___/_____ Idade: _____ Grupo Sanguíneo: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ -_____ Concelho: _____ Nacionalidade: _____

2 – IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS/RESPONSÁVEIS

Nome do Pai/outro: _____ Contribuinte nº: _____

Profissão: _____ Entidade Patronal: _____ Horário: _____

Habilitações: _____ Tel. /TLM: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ -_____ Concelho: _____ Idade: _____

Nome da Mãe/outro: _____ Contribuinte nº: _____

Profissão: _____ Entidade Patronal: _____ Horário: _____

Habilitações: _____ Tel. /TLM: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ -_____ Concelho: _____ Idade: _____

3 – CONDIÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA

A criança é alérgica a algum alimento? _____

A criança é alérgica a algum medicamento? _____

A criança é portadora de alguma doença que exija cuidados especiais? _____

Qual o medicamento que a criança toma em caso de Febre? _____

Autoriza o medicamento para a febre em situação S.O.S.?_____(SOS – temperatura > 38ºC e em subida)

4 – OUTRAS INFORMAÇÕES

Tem algum irmão a frequentar a nossa instituição? _____ Quantos? _____ Com apoio Especial? _____

Nome: _____ Valência: _____ Utente nº: _____

Nome: _____ Valência: _____ Utente nº: _____

Notas: _____

5 – RESPONSÀVEIS PELO UTENTE

Nome do Encarregado de Educação: _____

Parentesco: _____ Tel./TLM: _____ Morada: _____

Em caso de Urgência contactar: _____

Pessoas que o Encarregado de Educação autoriza, para entrega do Utente, na hora de saída:

Nome	Parentesco	Contactos	Nº BI/CC	Cópia doc.
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				

6 – RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO

Nome: _____ Nº Contribuinte: _____

Morada: _____ Código Postal: _____ Tel./TLM: _____

7 – SITUAÇÂO DO AGREGADO FAMILIAR

Elemento		Parentesco	Habilitação Escolar	Idade	Situação Profissional *	Profissão	Rendimento Mensal Liquido
N.º	Nome						
						Outros rendimentos	
						Total	

*Efectivo(a), Contratado(a), Trabalhador(a) Independente, Reformado(a), Doméstico(a), Desempregado(a), Estudante.

Encargos	Valor
Habitação	
Saúde (doença crónica)	
Transportes (públicos)	
Total	

Outras Actividades	Valor
A –	
B –	
C –	
Total	

Outras despesas/observações consideradas: _____ Escalão: _____ Mensalidade: _____

8 – OUTRAS OBSERVAÇÔES

Visita às Instalações? ☐ Sim ☐ Não, o/a utente não quis ☐ Não, o estabelecimento não teve disponibilidade
Data Proposta ___/___/____ Hora Proposta_____

Eu, abaixo assinado, _____ Encarregado de Educação de _____, declaro que aceito a frequência do meu educando no Centro Social e Cultural de Gandra, nos serviços escolhidos, bem como em todas as actividades organizadas de acordo com o regulamento da valência, do qual tenho total conhecimento. Todas as declarações prestadas correspondem à verdade e tenho total responsabilidade sobre as informações descritas. _____ (Sim/Não) Recebi um exemplar do Regulamento Interno da Valência.

Data: ___/___/____ _____ _____

Responsável do Utente Estabelecimento