



Centro de Bem Estar Social João XXIII

Rua do Contador, 73 - 9500 050 Ponta Delgada

Paróquia Matriz

Instituição Particular de Solidariedade Social -----NIF 512011338

## FICHA DE INSCRIÇÃO CATL

### 1 – Identificação da criança

Nome:	_____				
Data de nascimento:	___/___/___	Nacionalidade:	_____	Nº Utente:	_____
Nº cartão de cidadão:	_____	NIF:	_____	NISS:	_____
Morada:	_____				
Freguesia:	_____	Concelho:	_____	Código Postal:	_____ - _____
Data solicitada para admissão:	___/___/___				

### 2 – Filiação

PAI:	_____			Estado Civil:	_____
Data de nascimento:	___/___/___	NIF:	_____	NISS:	_____
Morada:	_____			Freguesia:	_____
Telef. casa:	_____	Telm:	_____	Telef.(serviço):	_____
Profissão:	_____	Empresa:	_____		
Morada:	_____			Freguesia:	_____
Horário de trabalho das:	___ às ___	por turnos: _____			
MÃE:	_____			Estado Civil:	_____
Data de nascimento:	___/___/___	NIF:	_____	NISS:	_____
Morada:	_____			Freguesia:	_____
Telef. casa:	_____	Telm:	_____	Telef.(serviço):	_____
Profissão:	_____	Empresa:	_____		
Morada:	_____			Freguesia:	_____
Horário de trabalho das:	___ às ___	por turnos: _____			

### Composição do agregado familiar

Nome:	Parentesco:	Idade:



## Centro de Bem Estar Social João XXIII

Rua do Contador, 73 - 9500 050 Ponta Delgada

Paróquia Matriz

Instituição Particular de Solidariedade Social -----NIF 512011338

### 3 – Informações

Escola que frequenta? \_\_\_\_\_ Ano que frequenta \_\_\_\_\_ turma \_\_\_\_\_

Escola que irá frequentar? \_\_\_\_\_ Ano que irá frequentar \_\_\_\_\_ turma \_\_\_\_\_

### 4 – Saúde

A Criança tem problemas de saúde? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Se sim, qual? \_\_\_\_\_

A Criança tem restrições alimentares ou outras? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Médico da Criança: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

### 5- Tipo de habitação

Casa: \_\_\_\_ ou Apartamento: \_\_\_\_\_ Tipologia: \_\_\_\_\_

A criança dorme sozinha? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Própria: \_\_\_\_ ou Arrendada: \_\_\_\_ Nº de pessoas que coabitam: \_\_\_\_\_

Se dorme acompanhada com quem? \_\_\_\_\_

### 6- Prioridade de Admissão

a) Criança que frequenta a EB/JI (Escola das Anexas)? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

b) A criança tem irmãos a frequentar o Centro? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Se sim, quem \_\_\_\_\_

c) A criança em situação de risco? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

d) Criança que residem na área geográfica da Paróquia? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

e) Criança cujos pais trabalhem na área geográfica da Paróquia? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

f) Criança de família mono parental ou famílias numerosas? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

### 7 – Condicionais:

Quem entrega a criança? \_\_\_\_\_

Quem leva a criança ao final do dia? \_\_\_\_\_

Em caso de separação ou divórcio, juntar cópia da sentença judicial.

O agregado familiar é acompanhado por assistente social? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Se sim, indicar o nome \_\_\_\_\_ contacto: \_\_\_\_\_

### 8 – Contatos de Emergência (estes contatos devem ser outros que não os dos Pais).

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

### 9 – Outras Informações julgadas importantes (algum tipo de Necessidades Educativas Especiais).

Assinatura do Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_