



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

Valência: Creche \_\_\_\_\_ Jardim de Infância \_\_\_\_\_

### 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 – Hábitos Fisiológicos e de higiene

A Criança usa fralda? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Está estabelecido o controlo das dejeções? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Está estabelecido o controlo das micções? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

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

b) A criança frequenta a Creche Familiar? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Se sim, qual é a Ama \_\_\_\_\_

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

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

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

f) Criança cujo os pais trabalham na área geográfica da Paróquia? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

### 7 – Condicionismos:

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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_