



DATA DE INSCRIÇÃO: / /

1- APRECIÇÃO FINAL DA CANDIDATURA

- Admitida / /
- Admitida e anulada a inscrição pela família
- Anulada a inscrição por não respeitar requisitos

Visita às instalações

- Sim
- Não, a família assim o entendeu
- Não, o estabelecimento não teve disponibilidade

Nº de processo individual: _____

CATL (1º e 2º ciclos) Tempo Inteiro Meio Tempo

CATL (Jardim de Infância) Tempo Inteiro Meio Tempo

Escola que frequenta: _____

2- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: __/__/__

Nº DO CARTÃO DE CIDADÃO: _____

N.I.S.S.: _____

Nº DE CONTRIBUINTE: _____

Ano de frequência: _____

Nome da Professora: _____ Contacto telefónico: _____

3- FILIAÇÃO:

Nome da Mãe: _____

Estado Civil : _____ Data de nascimento: __/__/__

Morada: _____ Código Postal: ____--____

E-mail: _____



Localidade: _____ Contacto telefónico: _____

Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____

Local de trabalho: _____ Telefone: _____ Horário de trabalho: _____ / _____

Período de férias obrigatório por encerramento da entidade patronal: _____

Nome do Pai: _____

Estado Civil : _____ Data de nascimento: __/__/____

Morada: _____ Código Postal: ____--____

E-mail: _____

Localidade: _____ Contacto telefónico: _____

Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____

Local de trabalho: _____ Telefone: _____ Horário de trabalho: _____ / _____

Período de férias obrigatório por encerramento da entidade patronal: _____

4- AGREGADO FAMILIAR (QUE VIVEM NA MESMA CASA)

5- VIVE AO CUIDADO DE:

PAIS COM A MÃE COM O PAI OUTRO ESPECIFIQUE: _____

Nome do Encarregado de educação: (quando não forem os pais)

Estado Civil : _____ Data de nascimento: __/__/____

Morada: _____ Código Postal: ____--____

E-mail: _____

Localidade: _____ Contacto telefónico: _____

Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____

Local de trabalho: _____ Telefone: _____ Horário de trabalho: _____ / _____

Período de férias obrigatório por encerramento da entidade patronal: _____



6- HORÁRIO PREVISTO DE FREQUÊNCIA

Entrada: _____

Saída: _____

7- OUTROS ELEMENTOS RELATIVOS À CRIANÇA:

Irmãos a frequentar o mesmo estabelecimento: sim não

Tem necessidades Educativas Especiais: sim não

Se sim, especifique _____

8- SITUAÇÃO DE SAÚDE:

Médico de família: _____

Nº de utente do centro de saúde: _____

Cartão de vacinas atualizado: sim não

Sofre de alguma doença: sim não

Se sim, especifique:

9- PESSOAS A QUEM A CRIANÇA PODE SER ENTREGUE:

NOME: _____ PARENTESCO: _____ CONTACTO: _____

NOME: _____ PARENTESCO: _____ CONTACTO: _____

NOME: _____ PARENTESCO: _____ CONTACTO: _____

NOME: _____ PARENTESCO: _____ CONTACTO: _____

10- PESSOAS A CONTACTAR EM CASO DE URGÊNCIA:

NOME: _____ PARENTESCO: _____ CONTACTO: _____

NOME: _____ PARENTESCO: _____ CONTACTO: _____

NOME: _____ PARENTESCO: _____ CONTACTO: _____

**11- AUTORIZAÇÕES:**

Eu **autorizo** o(a) meu/minha Educando(a) a acompanhar as crianças da sua sala em todas as saídas ao exterior programadas.

Assinatura do Encarregado de Educação: _____
Data: ___/___/_____

Eu **autorizo** a Instituição a informatizar os dados do meu Educando.

Assinatura do Encarregado de Educação: _____
Data: ___/___/_____

Eu **autorizo** as funcionárias da sala do meu Educando(a) a administrem os medicamentos que enviar, sempre que necessário, comprometendo-me a explicar a hora e a dosagem.

Assinatura do Encarregado de Educação: _____
Data: ___/___/_____

Sempre que as funcionárias do CATL não me consigam contactar e, caso o meu Educando(a) tenha febre acima dos 38°C ou apresentar dores, **autorizo** a administração de Brufen ou Ben-u-ron.

Assinatura do Encarregado de Educação: _____
Data: ___/___/_____

Eu **autorizo** que o meu Educando(a) seja fotografado(a) em atividades pedagógicas/lúdicas, pelas funcionárias da Instituição, podendo as fotos serem expostas e divulgadas no site da instituição, na revista e no grupo fechado do Facebook.

Assinatura do Encarregado de Educação: _____
Data: ___/___/_____

12- DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE PELO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO:

- a) Cartão de cidadão dos encarregados de educação e da criança;
- b) Em caso de doença crónica, devidamente comprovada por declaração médica, cópia dos documentos comprovativos das despesas de saúde e aquisição de medicamentos de uso continuado dos últimos 3 meses;
- c) Declaração médica em caso de patologias que determinem a necessidade de cuidados pessoais e individualizados (Portaria nº 411/2012).
- d) Boletim de vacinas.
- e) Em situações especiais pode ser solicitada certidão de sentença judicial que regule o poder paternal.



13- OBSERVAÇÕES:

Declaro que todas as informações prestadas são verdadeiras e tomei conhecimento do valor da mensalidade e do Regulamento Interno da Santa Casa da Misericórdia de Penalva do Castelo.

Pela Família _____ Data: ___ / ___ / ___

Pelo Estabelecimento _____ Data: ___ / ___ / ___

14- SAÍDA DA CRIANÇA DESTA RESPOSTA SOCIAL

Data de Saída: ___ / ___ / _____ Motivo de Saída: _____

Declaro que recebi fotocópias do Processo Individual do meu educando e toda a documentação necessária.

Assinatura do Encarregado de Educação: _____

