



JARDIM INFANTIL E SALAS DE ESTUDO B. PIO XII

FICHA DE INSCRIÇÃO CENTRO DE ATIVIDADES DE TEMPOS LIVRES (CATL)	Processo nr.: _____ Admitido em: _____ / _____ / _____ Saída em: _____ / _____ / _____	(Foto)
--	--	--------

<u>IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO</u>
Nome: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____
Sexo: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ Nacionalidade: _____
NISS: _____ NIF _____
C. Cidadão (Passaporte) nr. _____ Validade: _____ / _____ / _____

<u>FILIAÇÃO</u>
Nome do Pai: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____
Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ NISS: _____ NIF _____
Profissão: _____ Hab. Literárias: _____
Telefone casa: _____ Telefone emprego: _____
Telemóvel: _____ E-mail: _____
Nome da Mãe: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____
Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ NISS: _____ NIF _____
Profissão: _____ Hab. Literárias: _____
Telefone casa: _____ Telefone emprego: _____
Telemóvel: _____ E-mail: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

Pai ☐ Mãe ☐ Rep. Legal ☐ Outro ☐ Parentesco: _____

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ NISS: _____ NIF _____

Profissão: _____ Hab. Literárias: _____

Telefone casa: _____ Telefone emprego: _____

Telemóvel: _____ E-mail: _____

AUTORIZAÇÕES SAÍDA

Pessoas a quem o seu/sua Educando/a pode ser entregue

Nome: _____

Parentesco: _____ N.º BI/CC: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

ou

Nome: _____

Parentesco: _____ N.º BI/CC: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

ou

Nome: _____

Parentesco: _____ N.º BI/CC: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

EM CASO DE EMERGÊNCIA CONTACTAR:

Nome: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

ou

Nome: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

SAÚDE

Nr. Utente: _____ Subsistema saúde: _____

Problemas de saúde: Não ☐ Sim ☐ Quais: _____

Alergias: _____

Medicação Permanente: Não ☐ Sim ☐ Qual: _____

Problemas de visão: Não ☐ Sim ☐ Qual: _____

Problemas de audição: Não ☐ Sim ☐ Qual: _____

Problemas de fala: Não ☐ Sim ☐ Qual: _____

Autoriza que seja administrado ao seu/sua Educando/a, em situação febril o medicamento BENURON: Sim ☐ Não ☐ Se sim, a partir de que temperatura _____.

Posto de Saúde a que pertence: _____

Nome Médico Assistente: _____ Contato: _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

SITUAÇÃO NO ANO ANTERIOR

Frequentou: Ama ☐ Creche ☐ Outro Estabelecimento Ensino ☐ _____

COMPOSIÇÃO AGREGADO FAMILIAR

NOME	PARENTESCO	IDADE	RENDIMENTO

HABITAÇÃO

O agregado familiar vive em casa própria, alugada, ou outra situação: _____

_____ Qual o custo mensal: _____

AUTORIZAÇÕES:

Não ☐ Sim ☐ autorizo que o meu educando participe nas saídas e/ou visitas que a Instituição organize.

Não ☐ Sim ☐ autorizo que o meu educando seja filmado ou fotografado para fins de arquivo histórico e divulgação de promoção de atividades da instituição.

INSCRIÇÃO SERVIÇOS / ATIVIDADES:

- ☐ - Almoço
- ☐ - Transporte
- ☐ - Música
- ☐ - Ginástica
- ☐ - Dança
- ☐ - Judo
- ☐ - Outras: _____

OUTROS:

–Confirmo que tomei conhecimento e me foi entregue uma cópia do Regulamento Interno de Funcionamento da Resposta Social, CATL.

- Confirmo que tomei conhecimento que qualquer alteração aos dados constantes nesta ficha, deverá ser de imediato dada a conhecer à Instituição.

- Declaro que as informações prestadas necessárias para o cálculo da mensalidade são verdadeiras e as únicas.



JARDIM INFANTIL E SALAS DE ESTUDO B. PIO XII

Informação Escolar:

Escola _____

Ano _____ Turma _____ Professor _____

Elementos da história pessoal da Criança:

Porto, _____ de _____ de 20____

(Assinatura dos pais ou de quem exerça as responsabilidades parentais)