

FICHA DE INSCRIÇÃO SALAS DE ESTUDO	Processo nr.: Admitido 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: _____

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:

- ☐ - Sala de Estudo
- ☐ - Explicações
- ☐ - Transporte
- ☐ - Almoço
- ☐ - Outras: _____

Outros:

- Declara que tomou conhecimento das informações descritas no Regulamento Interno de Funcionamento, não tendo qualquer dúvida em cumprir ou fazer cumprir todas as normas no mesmo referidas.
- Confirmando que tomei conhecimento que qualquer alteração aos dados constantes nesta ficha, deverá ser de imediato dada a conhecer à Instituição.

Porto, _____ de _____ de 20____

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

Jardim Infantil e Salas de Estudo Pio XII (IPSS)

Sede: Rua Dom Sebastião de Resende, Bloco B Cave, 4350-262 Porto

Sala Estudo:: Rua de Costa Cabral, 1976, 4200-229 Porto

Email: pioxii.infantario@gmail.com

Site: www.pioxii.pt

NIF.501415793

Tel. 225490515

Tel.968899888