



CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE FIGUEIRÓ

CRECHE

Data de Inscrição: ___/___/___ N.º de Entrada: _____ Data de Admissão: ___/___/___ Processo n.º: _____
Data de Saída: ___/___/___ Motivo de Saída: _____

1. Identificação da Criança

Nome _____

Nome porque é tratado _____

Seguro- Apólice N.º _____

Horário a frequentar: _____

Informação Sociofamiliar

Data de Nascimento ___/___/___ Idade ___ anos

Residência _____

Cédula n.º/ C.C n.º _____

Contribuinte n.º _____ Utente SNS n.º _____ (ou outro)

Beneficiário n.º _____ Sistema de Protecção Social _____

2. Contactos Privilegiados:

Pessoas a contactar (Nome)	Parentesco	Residência	Contacto Telefónico	Obs.

3. Pessoas a quem se pode confiar a criança:

Nome: _____

Residência: _____ Telefone: _____

Nome: _____

Residência: _____ Telefone: _____

4. Filiação da Criança:

Nome do Pai _____ Idade _____

Morada: _____

Código Postal _____ - _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____

Contactos telefónicos:

Residência: _____ Trabalho: _____ Telemóvel _____

Nome do Mãe _____ Idade _____

Morada: _____

Código Postal _____ - _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____

Contactos telefónicos:

Residência: _____ Trabalho: _____ Telemóvel _____

5. Identificação do Encarregado de Educação

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal _____ - _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____

Contactos telefónicos:

Residência: _____ Trabalho: _____ Telemóvel _____

6. Breve Caracterização Individual e Familiar do Utente

Nome	Idade	Parentesco	Profissão/Ocupação
A. (utente)			
B.			
C.			
D.			
E.			

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar ou que tenha frequentado este estabelecimento?

Sim Quem? _____

Não

7. Outras informações complementares referentes à criança:

Já frequentou outro estabelecimento ou ama? _____

Tem algum comportamento digno de registo? _____

Motivo por que pretende confiar a criança a este estabelecimento? _____

8. Saúde

Médico de Família _____

Nº Cédula Médico Família _____

Centro de Saúde: _____

Serviços de saúde a que normalmente recorre _____

A criança é saudável? Sim Não

Se não que problema o afecta? _____

Já teve alguma doença grave? Sim.. Não..

É portadora de alguma deficiência? Sim.. Não..

Criança necessita de algum apoio especial? _____

Algum elemento do agregado familiar é portador de uma doença grave?

Não Sim. Qual? _____

Observações: _____

Grupo Sanguíneo: _____

9. Hábitos Alimentares

A criança alimenta-se bem? Sim.. Não..

Quais os principais alimentos de que a criança não gosta? _____

É alérgico a algum alimento? Sim Não

Se sim, qual/quais? _____

Reacções que tem quando não que comer: _____

Observações: _____

Calculo da Comparticipação Familiar: $R=(RF-D)/N$

R: Rendimento "Per capita"

RF: Rendimento Mensal Ilíquido do Agregado Familiar

D: Despesas Fixas

N: Numero de Elementos do Agregado Familiar

Mensalidade/ Comparticipação Familiar

Escalões de Rendimento de Acordo com Remuneração Mínima Mensal						CRECHE
1º	2º	3º	4º	5º	6º	
Até 30% (SMN)	De 30% a 50% (SMN)	De 50% a 70% (SMN)	De 70% a 100% (SMN)	De 100% a 150% (SMN)	+de 150% (SMN)	
30%	31%	32%	33%	34%	35%	

Observações:

Figueiró, _____ de _____ de 201__

Encarregado de Educação
