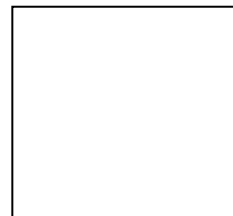




## A preencher pelos serviços:

N. Utente: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_



## Identificação da criança

Nome da Criança: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Nº contribuinte \_\_\_\_\_

Nº Cartão de Cidadão: \_\_\_\_\_ Nº Segurança Social \_\_\_\_\_

Nº Cartão de Utente de Saúde \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

## Filiação

Nome do pai: \_\_\_\_\_ Contato : \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Nº Contribuinte \_\_\_\_\_ N. Cartão Cidadão: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Contato Emprego: \_\_\_\_\_ Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Nº Contribuinte \_\_\_\_\_ N. Cartão Cidadão: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Contato Emprego: \_\_\_\_\_ Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## Identificação do responsável pela criança (quando não os pais)

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Contribuinte \_\_\_\_\_

N. Cartão Cidadão: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Contato : \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

## Outros elementos do agregado familiar

Nome	Parentesco	Habilitação escolar	Idade	Profissão

## Pessoas a quem a criança pode ser entregue

Nome: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_ C.C. Nº \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_ C.C. Nº \_\_\_\_\_



Nome: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_ C.C. Nº \_\_\_\_\_

**Pessoas a contatar em situação de emergência**

1- Nome \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_ N. Cartão Cidadão: \_\_\_\_\_

2- Nome \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_ N. Cartão Cidadão: \_\_\_\_\_

**Irmãos a frequentar as valências?**Sim  Não  Se sim, quantos? \_\_\_\_\_ Em que valência? \_\_\_\_\_**A criança precisa de algum apoio especial?**Sim  Não  Se sim especifique qual: \_\_\_\_\_**A criança já frequentou outro estabelecimento ou resposta social?** Sim  Não Se sim: Creche  Ama da Seg. Social  Ama privada  Familiar **Situação de saúde****Doenças que a criança já teve até à data:**Sarampo  Varicela  Papeira  Outras  Especifique qual(ais): \_\_\_\_\_**Sofre de alguma doença?****Alergias?** Sim  Não  Se sim, especifique qual(ais): \_\_\_\_\_**Outras doenças?** Sim  Não  Se sim, especifique qual(ais): \_\_\_\_\_**Cartão de vacinas atualizado?** Sim  Não  Se não, motivo: \_\_\_\_\_**Unidade de saúde Familiar:** \_\_\_\_\_ **Médico de Família:** \_\_\_\_\_**A Criança tem Necessidades Educativas Especiais?** Sim  Não Se sim, indique qual(ais): Def. auditiva  Def. Motora  Def. Visual  Def. Mental Multideficiência  Outra  Qual: \_\_\_\_\_ Autorizo a utilização dos meus dados pessoais no que às atividades académicas respeitam, para preenchimento de ficha individual do meu educando e de declarações que assim o exigam.

Data de fim de prestação de serviços: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Assinatura Encarregado de Educação

Funcionário do Centro Social