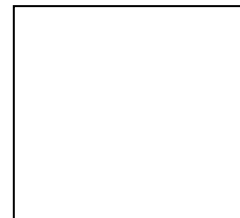


**A preencher pelos serviços:**N. Utente: _____ CATL Prol. Hor. c/ Almoço
CATL Prol. Hor. S/ Almoço **Identificação da criança**Nome da Criança: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Morada: _____ Localidade: _____
Código Postal: _____ Nº contribuinte _____
Nº Cartão de cidadão _____ Nº Segurança Social _____
Nº cartão de utente de saúde _____ Grupo sanguíneo: _____**Filiação**Nome do pai: _____ Contato : _____
Idade: _____ Nº Contribuinte _____ Nº Cartão Cidadão _____
Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Horário: _____
Contato Emprego: _____ Habilitações Literárias: _____ Email: _____
Nome da mãe: _____ Contato : _____
Idade: _____ Nº Contribuinte: _____ Nº Cartão Cidadão: _____
Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Horário: _____
Contato Emprego: _____ Habilitações Literárias: _____ Email: _____**Identificação do responsável pela criança (quando não os pais)**Nome: _____ Nº Contribuinte _____
Nº Cartão de 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 entregueNome: _____ Contato: _____ C.C. nº _____
Nome: _____ Contato: _____ C.C. nº _____



Nome: _____ Contato: _____ C.C. nº _____

Pessoas a contactar em situação de emergência

1- Nome _____ Parentesco: _____

Contato: _____ Cartão Cidadão nº _____

2- Nome _____ Parentesco: _____

Contato: _____ Cartão Cidadão nº _____

Escola que vai frequentar: _____

Telefone: _____

Nome do professor titular: _____

Ano que vai frequentar: _____

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 Pré-escolar **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

A Diretora Técnica