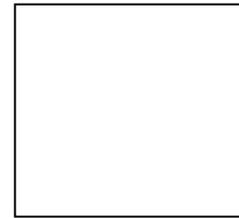


**A preencher pelos serviços:**

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: _____

Nome da mãe: _____ Contato: _____

Idade: _____ Nº Contribuinte _____ N. Cartão Cidadão: _____

Profissão: _____ Local de Trabalho: _____ Horário: _____

Contato Emprego: _____ Habilitações Literárias: _____

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 contactar 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 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

Funcionário do Centro Social