



N.º _____

Centro de Bem Estar Infantil _____

Ano letivo ____/____

FICHA DE INSCRIÇÃO DA CRIANÇA

DADOS DA CRIANÇA:

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____

D. N. ____/____/____ Nacionalidade: _____ Nº B.N./B.I./C.C. _____ NIF. _____

N.º Cartão de Utente: _____ Nº NISS _____ Grupo Sanguíneo _____

É saudável? _____ Tem Necessidades Educativas Especiais? _____

DADOS DO PAI:

Nome: _____

D. N. ____/____/____ Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

B.I./C.C. _____ NIF: _____ Nº NISS _____

Morada: _____ Localidade: _____

Telemóvel: _____ E-mail: _____

Profissão: _____ Nome da Empresa: _____

DADOS DA MÃE:

Nome: _____

D. N. ____/____/____ Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

B.I./C.C. _____ NIF: _____ Nº NISS _____

Morada: _____ Localidade: _____

Telemóvel: _____ E-mail: _____

Profissão: _____ Nome da Empresa: _____

MOTIVO DA INSCRIÇÃO:

IRMÃOS A FREQUENTAR O ESTABELECIMENTO? _____

TEM PAIS SÓCIOS E/OU FUNCIONÁRIOS DO CASCD? _____



C.A.S.C.D - CENTRO DE ACÇÃO SOCIAL, CULTURA E DESPORTO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE E DA SEGURANÇA SOCIAL DO DISTRITO DE FARO

COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR:

(Identificação das pessoas que residem com a criança)

Nome	Parentesco	Idade	Estado Civil	Habilitações Literárias

DADOS DO AGREGADO FAMILIAR:

Tipo de Habitação:

Vivenda

Andar

Quarto

Outro

Propriedade:

Própria

Alugada

Observações:

Data: ____/____/____

Declaro como verdadeira toda a informação acima referida.

Encarregado de Educação: _____

(reservado aos Serviços Administrativos)

Data: ____/____/____

Recebido por: _____



A preencher pelo estabelecimento

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO E PRIORIZAÇÃO

ORDEM DE CRITÉRIOS:

Crianças em situação de risco e as que integrem agregados familiares de menores recursos económicos____

Crianças cujos pais por ausência ou indisponibilidade não lhes possam assegurar diariamente os cuidados Necessários ____

Crianças provenientes de famílias monoparentais ou famílias numerosas____

Criança que tenha irmãos que frequentem o Estabelecimento para onde a inscrição foi efetuada____

Crianças cujos pais trabalhem/residam no concelho do Estabelecimento____

Crianças cujos pais ou avós sejam sócios do C.A.S.C.D há mais de dois anos e com as quotas em dia____

Crianças em que ambos os pais exerçam atividade profissional____

Idade da criança ____

Outros critérios definidos pela Direção____

RELATÓRIO DE APRECIÇÃO DA CANDIDATURA:

- Cumpre os critérios e está dentro do limite de vagas do Estabelecimento
- Cumpre os critérios, mas não está dentro do limite de vagas do Estabelecimento
- Não cumpre os critérios
-

Data: ____/____/____

Diretora Técnica

PONTO DA SITUAÇÃO:

Data e assinatura

- | | |
|---|----------------|
| <input type="radio"/> Contactado para realização da matrícula | ____/____/____ |
| <input type="radio"/> Interessado em realizar a matrícula | ____/____/____ |
| <input type="radio"/> Não interessado em realizar a matrícula | ____/____/____ |
| <input type="radio"/> Não existindo vaga continua interessado em ser admitido | ____/____/____ |