



Processo Chave
Procedimento de Candidatura

Código

PC01.IMP10

Ficha de Inscrição - CRECHE

Rev 02

Data de Inscrição: []

N.º Entrada: []

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA (a preencher por equipa técnica)

Nome Completo: []

Sala: []

D. N: []

Sexo: []

Idade: []

Meses

CC/Cédula: []

NISS: []

NIF: []

N.º Utente: []

Morada: []

Código Postal: []

2. FILIAÇÃO (a preencher por equipa técnica)

Nome Mãe: []

D.N: []

Sexo: []

Idade: []

Anos

Morada: []

Código Postal: []

Contacto telefónico: []

E-mail: []

N.º de filhos: []

Estado Civil: []

Escolaridade: []

Profissão atual: []

Nome Pai: []

D.N: []

Sexo: []

Idade: []

Anos

Morada: []

Código Postal: []

Contacto telefónico: []

E-mail: []

N.º de filhos: []

Estado Civil: []

Escolaridade: []

Profissão atual: []

Elaborado

Aprovado


Página 1 de 7

Equipa da Qualidade

Data: 07/2014

Conselho de Administração

Data: 01/08/2014

	Processo Chave Procedimento de Candidatura	Código PC01.IMP10
	Ficha de Inscrição - CRECHE	Rev 02

2. MOTIVO DO PEDIDO (a preencher por equipa técnica)

Fundamentação:

A criança necessita de algum apoio especial?

Não	<input type="radio"/>
Sim	<input type="radio"/>

3. CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR (a preencher por equipa técnica)

NOME	GRAU DE PARENTECO	IDADE	PROFISSÃO

Agregado beneficiário de RSI

Sim Não

4. REDE SOCIAL DE SUPORTE (a preencher por equipa técnica)

O cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim	<input type="radio"/>
Não	<input type="radio"/>

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar/colaborar nesta Instituição?

Sim	<input type="radio"/>
Não	<input type="radio"/>

Quem? Que Resposta Social?



Processo Chave
Procedimento de Candidatura

Código

PC01.IMP10

Ficha de Inscrição - CRECHE

Rev 02

5. SITUAÇÃO CLÍNICA (assinale com uma X) (a preencher por equipa técnica)

Boletim de vacinas atualizado	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Doenças que já teve até à data:		
Sarampo <input type="radio"/>		
Varicela <input type="radio"/>		
Papeira <input type="radio"/>		
Outras <input type="radio"/> Quais? _____		

Alergias:		
Sim <input type="radio"/>		
Não <input type="radio"/>		
Especifique? _____		

Necessidades Educativas Especiais		
Sim <input type="radio"/>		
Não <input type="radio"/>		
Se sim, especifique:		
Def. Auditiva <input type="radio"/>		
Def. Motora <input type="radio"/>		
Def. Visual <input type="radio"/>		
Multideficiência <input type="radio"/>		

6. VISITA ÀS INSTALAÇÕES (a preencher por equipa técnica)

Sim <input type="radio"/>	Qual a razão?
Não <input type="radio"/>	

7. OUTROS SERVIÇOS (a preencher por equipa técnica)

Informações Adicionais:



**Processo Chave
Procedimento de Candidatura**

Código

PC01.IMP10

Ficha de Inscrição - CRECHE

Rev 02

8. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS? (a preencher por equipa técnica)

Sim Não

Assinale quais os documentos entregues e a respetiva data de entrega

Cédula de nascimento ou Cartão de Cidadão do Cliente	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Boletim de vacinas atualizado do Cliente	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Cartão de Cidadão da(s) Pessoa(s) Significativa(s) do Cliente	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Declaração do agregado familiar	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Documento comprovativo da morada atual	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Documento comprovativo da morada da atividade profissional	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Declaração do abono de família	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
IRS + Nota de liquidação das Finanças (mais atual), quando aplicável	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Recibos de vencimentos do Agregado familiar (os 3 últimos), quando aplicável	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Declaração Médica do Cliente, se aplicável (dieta específica, alergias, doença crónica, deficiência/incapacidade)	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Certidão de sentença judicial que regule o poder paternal ou determine a tutela da criança (se for o caso)	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Outros. Especificar:	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/

9. CUMPRIMENTO DA LEI DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Autorizo a informatização e tratamento dos meus dados pessoais aqui disponibilizados para fins de gestão interna institucional.

10. CONHECIMENTO DO PROCEDIMENTO DE CANDIDATURA A ADMISSÃO DA RESPOSTA

Declaro ter obtido conhecimento do procedimento de candidatura e admissão da Fundação Cónego Filipe de Figueiredo.

11. CONHECIMENTO DE NÃO ADMISSIBILIDADE (Apenas em caso de não admissibilidade)

Declaro ter obtido conhecimento dos motivos da Não Admissibilidade da candidatura.

12. ASSINATURAS

Pessoa Significativa _____ Data: / /

Elemento da equipa técnica _____ Data: / /