Santa Casa da Misericórdia de Mafra

Ficha de Inscrição

Nº da Inscrição:

Ano Letivo 2017-2018

Processo Nº

Resposta Social: **Creche**

Jardim Infância

Data de Admissão

Data de saída

Motivo:

1. Dados de identificação da criança (a preencher pela família)

Nome completo:

Morada:

Código postal: —

Data de nascimento: Idade: (anos e meses) Sexo: Fem. Masc.

CC/Assento N. nº NIF.

NISS

Arq. de identificação: Naturalidade:

Freguesia: Concelho:

Distrito: Nacionalidade:

Nº Cartão de utente: Unidade de saúde:

2. Dados de filiação

Nome da mãe:

Idade: anos Nacionalidade:

Morada:

Código postal: — Telefone/Telemóvel:

E-mail:

Hab. literárias: Profissão:

Local de trabalho: Telefone (emprego):

Horário de trabalho: Tempo de Deslocação:

Nome do pai:

Idade: anos Nacionalidade:

Morada:

Código postal: — Telefone/Telemóvel:

E-mail:

Hab. literárias: Profissão:

Local de trabalho: Telefone (emprego):

Horário de trabalho: Tempo de Deslocação:

3. Dados do encarregado de educação - Se for o pai ou mãe apenas indicar (escrever o nome)

Nome completo:

Idade: anos Nacionalidade:

Grau de parentesco:

Morada:

Código postal: —

Telefone/telemóvel: E-mail:

Hab. literárias: Profissão:

Local de trabalho: Telefone (emprego):

Horário de trabalho: Tempo de Deslocação:

4. Composição do agregado familiar (identificação das pessoas que residem com a criança)

Nome	Parentesco	Idade	Profissão

5. Outros dados

Tem Irmãos a frequentar esta instituição? ☐ Não ☐ Sim ☐ Creche ☐ Jardim

Necessidade de algum apoio especial? ☐ Não ☐ Sim

Especifique:

6. Documentos entregues (todos estes documentos deverão ser entregues em fotocópia)

- IRS e nota de liquidação ☐
- Recibos de vencimento 2 meses anteriores à inscrição ☐
- Situação de Desemprego
  - – Declaração do Centro de Emprego ☐
  - – Declaração da Segurança Social ☐
  - – Declaração de R.S.I ☐
- Família monoparental – regulação do poder paternal ☐
- Renda da casa (recibo eletrónico) ou da prestação mensal da aquisição de habitação própria ☐
- Despesas com transportes públicos ☐
- Declaração médica comprovativa da necessidade de medicação de uso continuo (doenças crónicas) ☐

7. Observações (outras informações que considere necessárias)

8. Data e assinatura

Data: Assinatura: _____

9. Pelos serviços administrativos (A preencher pela Instituição)

Observações:

Responsável pela recepção dos documentos:(assinatura)

Data de inscrição: