

# Jardim de Infância o Girassol



## FICHA DE INSCRIÇÃO C.A.T.L.

### **Ficha da criança:**

Nome: \_\_\_\_\_ N° de Contribuinte: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ N° B.I. \_\_\_\_\_

N.i.s.s. \_\_\_\_\_ N° cartão de utente \_\_\_\_\_ N° de pessoas do agregado familiar \_\_\_\_\_

Com quem vive a criança? Pai  Mãe  Irmãos  Avós  Outros

Escola que frequenta: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Tem irmãos? Sim  Não

Nome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

### **Dados do pai:**

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° B.I. \_\_\_\_\_ N° contribuinte \_\_\_\_\_

N.I.S.S. \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Horário de trabalho: \_\_\_\_\_ Telefone trabalho: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

### **Dados da Mãe:**

Nome : \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° B.I. \_\_\_\_\_ N° contribuinte \_\_\_\_\_

N.I.S.S. \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Horário de trabalho: \_\_\_\_\_ Telefone trabalho: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

**Dados do encarregado de educação:** Pai  Mãe  Outro

Nome : \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° B.I. \_\_\_\_\_ N° contribuinte \_\_\_\_\_

N.I.S.S. \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Horário de trabalho: \_\_\_\_\_ Telefone trabalho: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

Razão pela qual inscreve o seu educando no C.A.T.L. ?

- Não tem familiares que fiquem com a criança.
- Incompatibilidade de horários (escola / emprego dos pais )
- Necessidade de convívio com outras crianças.
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**Saúde:**

Alergias: Sim  Não  Se sim, quais? \_\_\_\_\_

Problemas específicos de saúde? \_\_\_\_\_

Toma permanentemente algum medicamento? \_\_\_\_\_

Tem necessidades Educativas Especiais? \_\_\_\_\_

Em caso de urgência contactar: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Dados relativos á matricula:** (Reservado aos serviços )

Data de inscrição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tem algum irmão a frequentar o estabelecimento? Sim  Não

Pretende C.A.T.L? Sim  Não

Qual o horário que pretende para o C.A.T.L? \_\_\_\_\_

Quem virá buscar o seu filho? \_\_\_\_\_

Contactos: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

O encarregado de educação quer que o seu filho faça os trabalhos de casa no C.A.T.L?

Sim  Não

Em caso afirmativo deve dar conhecimento no estabelecimento.

**Data e motivo da saída da criança**

---

---

## Declaração

Eu \_\_\_\_\_, encarregado de educação de, \_\_\_\_\_, que frequenta o \_\_\_\_\_ ° ano da escola \_\_\_\_\_ declaro que tenho conhecimento do regulamento interno do Centro De Assistência Paroquia De Caria e que o aceito.

Caria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Assinatura do Enc. De Educação

---