



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SOUSEL

TELEFONES: 268 554 272 - 268 554 689 - FAX: 268 554 633
LARGO DA IGREJA - 7470-214 SOUSEL

SEGURO ESCOLAR
APÓLICE Nº 38.100724
MACIF PORTUGAL

Nº DE ENTRADA _____

DATA DE INSCRIÇÃO:

___/___/___

FICHA DE INSCRIÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ IDADE: ___ ANOS MESES: _____

NATURAL DE: _____ FREGUESIA: _____

CONCELHO: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ - _____ LOCALIDADE: _____

BI/C.C.: _____ NISS: _____ NIF: _____

2. FILIAÇÃO

NOME DO PAI: _____

PROFISSÃO: _____ ENTIDADE PATRONAL: _____

HORÁRIO LABORAL: _____ TELEFONE: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ - _____ LOCALIDADE: _____

TELEFONE: _____ TELEMÓVEL: _____ IDADE: ___ ANOS

BI/C.C.: _____ NISS: _____ NIF: _____

NOME DA MÃE: _____

PROFISSÃO: _____ ENTIDADE PATRONAL: _____

HORÁRIO LABORAL: _____ TELEFONE: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ - _____ LOCALIDADE: _____

TELEFONE: _____ TELEMÓVEL: _____ IDADE: ___ ANOS

BI/C.C.: _____ NISS: _____ NIF: _____

3. ASPETOS GERAIS

DATA PROVÁVEL DE ADMISSÃO: _____

NOME OU DIMINUTIVO USADO PELA FAMÍLIA: _____

TEM IRMÃOS? SIM ___ NÃO ___

IDADE DOS IRMÃOS: _____ DAS IRMÃS: _____

TEM MAIS ALGUM IRMÃO (Ã) NESTE ESTABELECIMENTO: SIM ___ NÃO: ___

HORÁRIO PROVÁVEL DE FREQUÊNCIA: ENTRADA ÀS: _____ SAÍDA ÀS: _____

4. ASPETOS DE SAÚDE

A CRIANÇA É SAUDÁVEL? _____

TEM ALGUM COMPORTAMENTO DIGNO DE REGISTO: _____

QUAIS AS DOENÇAS QUE TEVE? _____

5. HÁBITOS DE ALIMENTAÇÃO

É ALIMENTADO(A) POR BIBERÃO? SIM ___ NÃO ___

CHÁVENA? SIM ___ NÃO ___

COLHER? SIM ___ NÃO ___

COME SOZINHO(A)? SIM ___ NÃO ___

COM AJUDA? SIM ___ NÃO ___

TEM APETITE? _____

HORÁRIO E TIPO DE ALIMENTAÇÃO EM CASA: _____

ALIMENTOS PREFERIDOS: _____

ALIMENTOS QUE NÃO GOSTA: _____

É ALÉRGICO(A) A ALGUM ALIMENTO? SIM ___ NÃO ___

SE SIM QUAIS? _____

6. HÁBITOS DE DEJECÇÕES E MICÇÕES

ESTÁ ESTABELECIDO O CONTROLO DAS DEJECÇÕES? SIM ____ NÃO ____

E MICÇÕES? SIM ____ NÃO ____

QUAL O TERMO POR QUE HABITUALMENTE A CRIANÇA AS DESIGNA? _____

7. HÁBITOS DE HIGIENE

LAVA AS MÃOS SOZINHO(A)? SIM ____ NÃO ____

COSTUMA LAVAR AS MÃOS ANTES DAS REFEIÇÕES? SIM ____ NÃO ____

8. HÁBITOS DE SONO

DORME DURANTE O DIA? SIM ____ NÃO ____

QUE TEMPO APROXIMADAMENTE? _____

HORA A QUE FAZ O SONO DE DIA: _____

A QUE HORAS SE COSTUMA DEITAR À NOITE: _____

DORME SOZINHO(A)? SIM ____ NÃO ____ CAMA DE GRADES: SIM ____ NÃO ____

TEM HÁBITOS AO DEITAR? _____

9. BRINQUEDOS

QUAL O TIPO DE BRINCADEIRA PREFERIDA? _____

TEM BRINQUEDOS PREFERIDOS? _____ QUAIS? _____

_____ ALGUM EM PARTICULAR? _____

BRINCA SOZINHO(A)? SIM ____ NÃO ____ COM ADULTOS? SIM ____ NÃO ____

COM OUTRAS CRIANÇAS? SIM ____ NÃO ____

10. OUTRAS INFORMAÇÕES

A CRIANÇA JÁ FREQUENTOU OUTRO ESTABELECIMENTO? SIM ____ NÃO ____

ESTEVE COM AMA? SIM ____ NÃO ____

NA AUSÊNCIA DA MÃE, COM QUEM FICAVA:

a) – COM FAMILIARES: _____

b) – COM VIZINHOS: _____

c) – COM UMA AMA: _____

d) – COM UM IRMÃO MAIS VELHO: _____

e) – NA RUA: _____

f) – EM CASA SOZINHO(A): _____

TEM VIVIDO SEMPRE COM OS PAIS? _____

COSTUMA TER MEDOS? _____

DE QUÊ? _____

A CRIANÇA É ALÉRGICA A ALGUMA COISA? _____

MOTIVO PORQUE PRETENDE CONFIAR A CRIANÇA AO ESTABELECIMENTO: _____

QUAIS AS PESSOAS A QUEM O ESTABELECIMENTO PODE CONFIAR A CRIANÇA?

NOME: _____

MORADA: _____ TELEFONE/TELEMÓVEL: _____

NOME: _____

MORADA: _____ TELEFONE/TELEMÓVEL: _____

NOME: _____

MORADA: _____ TELEFONE/TELEMÓVEL: _____

CONSTITUIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

NOME	PARENTESCO	IDADE	PROFISSÃO	RENDIMENTO MENSAL

SUB – TOTAL _____, _____ € a)

OUTROS RENDIMENTOS _____, _____ € a)

TOTAL _____, _____ € a)

RENDA DE CASA OU ENCARGO MENSAL DE AMORTIZAÇÃO NO CASO DE CASA PRÓPRIA _____, _____ €

a) NA FALTA DE ENTREGA DE DOCUMENTOS COMPROVATIVOS, SERÁ DETERMINADA A FIXAÇÃO DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR MÁXIMA.

Tabela de Participação

O cálculo do rendimento “*per capita*” do agregado familiar é realizado de acordo com a seguinte fórmula:

$$RC = \frac{\frac{RAF}{12} - D}{n}$$

Sendo:

RC= Rendimento *per capita* mensal

RAF= Rendimento do agregado familiar (anual ou anualizado)

D= Despesas mensais fixas

N= Número de elementos do agregado familiar

CÁLCULO DA MENSALIDADE:

RENDIMENTO “*PER CAPITA*”: _____, _____ € X _____ % (____° ESCALÃO) = _____, _____ €

DATA DE ADMISSÃO DA CRIANÇA: _____

DATA DE SAÍDA DA CRIANÇA: _____

A EDUCADORA

O(A) ENCARREGADO(A) DE EDUCAÇÃO