



# 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