



FICHA DE INSCRIÇÃO – CR/PE

Resposta Social: Creche Pré-Escolar

Data de Inscrição: ___ / ___ / ___

Nº de Entrada: _____/_____

Dados a preencher pelo/com Cliente e Significativos

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome: _____

Nome pelo qual deve ser tratado: _____

Sexo:

Data Nasc: ___ / ___ / ___

Idade: ___ Anos ___ Meses

Morada: _____

Código Postal: _____ Localidade: _____ Telefone Casa: _____

BI/Cartão Cidadão: _____ Nacionalidade: _____ Telemóvel: _____

E-mail de contacto: _____ NIF: _____

NISS: _____ SNS: _____ Outro subsistema de saúde: _____ qual? _____

Centro de Saúde: _____ Médico de família: _____

2. FORMULAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PEDIDO

3. FILIAÇÃO

Nome de Pai: _____

Data de Nasc: ___ / ___ / ___ Ocupação: _____

Morada _____

Código Postal: _____ Localidade: _____ Telefone/Telemóvel: _____

E-mail de contacto _____ Habilitações literárias: _____

Morada do emprego: _____ Contacto do emprego: _____

Nome de Mãe: _____

Data de Nasc: ___ / ___ / ___ Ocupação: _____

Morada _____

Código Postal: _____ Localidade: _____ Telefone/Telemóvel: _____

E-mail de contacto _____ Habilitações literárias: _____

Morada do emprego: _____ Contacto do emprego: _____

4. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOAS PRÓXIMA(S) DO CLIENTE

(Tutor/Encarregado de Educação/ Significativo)

Nome: _____

Data Nasc.: ___ / ___ / ___ Parentesco/ Relação: _____ Ocupação: _____

Morada _____

Código Postal: _____ Localidade: _____ Telefone/Telemóvel: _____

E-mail de contacto _____ Habilitações literárias: _____

Morada do emprego: _____ Contacto do emprego: _____

Nome: _____

Data Nasc.: ___ / ___ / ___ Parentesco/ Relação: _____ Ocupação: _____

Morada _____

Código Postal: _____ Localidade: _____ Telefone/Telemóvel: _____

E-mail de contacto _____ Habilitações literárias: _____

Morada do emprego: _____ Contacto do emprego: _____

5. CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Nome	Idade	Parentesco	Escolaridade	Profissão	Vive com o cliente		Meio de vida principal (1)
					Sim	Não	
Cliente							

(1)-Reforma, pensão social, Subsídio mensal vitalício, ordenado, outro.

Rendimentos Mensais:			Despesas Mensais:		
Rendimento do trabalho	. . €		Renda/Prestação da casa	. . €	
Reforma	. . €		Transportes públicos	. . €	
Pensão social	. . €		Medicação	. . €	
Subsídio mensal vitalício	. . €		Alimentação	. . €	
Complemento por dependência	. . €		outros	. . €	
Prestações por encargos familiares	. . €		Total	. . €	
Outros	. . €				
Total	. . €				

No caso de o cliente não viver no agregado familiar ou se verificar indisponibilidade para assegurar cuidados básicos ao cliente, descrever enquadramento:

6. REDE SOCIAL DE SUPORTE

Tem/teve alguém da sua relação próxima a frequentar a Organização?

Sim

Quem? Em que Resposta Social?

Não

O Cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim

Qual?

Não

O Cliente frequenta ou frequentou outra Organização/Estabelecimento de Ensino?

Sim

Qual?

Não

O Cliente necessita de algum apoio especial?

Sim*

Qual?

Não

O Cliente é filho de trabalhador cooperante?

Sim

Não

O Cliente é filho de bombeiro falecido?

Sim

Não

7. ATIVIDADES/SERVIÇOS A MOBILIZAR

Assinale as atividades/serviços que pretende mobilizar

Atividades/serviços	Sim	Não	NA*	Valor mensal	Total
Atividades lúdico-pedagógicas					
Serviços de higiene e alimentação					
Atividades curriculares de Expressão Musical e Motora					
A.E.C. Informática					
A.E.C. Inglês					
Passeios				A definir por passeio	
Outros: _____					
Transporte				A definir, depende do local	
Meio Transporte				A definir, depende do local	
Administração Terapêutica					

*NA - Não se Aplica

Transporte:

Local de recolha: _____ Entrega: _____

Morada: _____ Local de Referência: _____

8. ASSINATURAS

Cliente/Significativos _____

Data ___ / ___ / ___

Organização _____

Data ___ / ___ / ___

OBSERVAÇÕES