



CENTRO SOCIAL DA PARÓQUIA DE S. SALVADOR – VISEU
FICHA DE INSCRIÇÃO E DE AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS

Data da inscrição

___/___/___

ANO ESCOLAR

___/___

CENTRO ACTIVIDADES
TEMPOS LIVRES

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA NA RESPOSTA SOCIAL

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___

C.C./B.I. nº _____ NIF _____ NISS _____

Morada: _____

Código Postal : _____ - _____ Localidade: _____ Telefone _____

2. FILIAÇÃO

Nome da Mãe: _____

Profissão: _____ Local do emprego: _____ Telef. _____

Morada: _____

Código Postal : _____ - _____ Localidade: _____

Telefone _____ Telemóvel: _____ email: _____

Nome do Pai: _____

Profissão: _____ Local do emprego: _____ Telef. _____

Morada: _____

Código Postal : _____ - _____ Localidade: _____

Telefone _____ Telemóvel: _____ email: _____

3. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Irmãos a frequentar o estabelecimento? SIM NÃO Se SIM, qual a resposta _____

Frequência de outros estabelecimentos ou respostas sociais:

Frequenta de outras respostas: Sim Não

Se sim, especifique: Creche Ama privada Ama Família

Encaminhamento de outros serviços (p.e. Segurança Social)

Encaminhamento: Sim Não Especifique: _____

4. CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Composição do agregado familiar. Identificação das pessoas que residem com a criança habitualmente

Nome	Parentesco	Idade	Profissão	Rendimento Mensal Líquido
Sub-Total				
Outros rendimentos				
Total				

Agregado familiar beneficiário do RSI: Sim Não

Outros dados do agregado familiar: _____

Tipo de habitação: Vivenda Apartamento Parte da casa Quarto Barraca

Propriedade: Própria Alugada

Encargos: Habitação: _____; Saúde: _____ Educação: _____ Outros: _____ Total: _____

Criança a cargo de: Pais Pai Mãe Outros

Se está a cargo de outra pessoa, indique o motivo: _____

Identificação da pessoa a quem a criança está a cargo (quando não os pais)

Nome: _____

Profissão: _____ Local do emprego: _____ Telef. _____

Morada: _____

Código Postal : _____ - _____ Localidade: _____

Telefone _____ Telemóvel: _____ Idade: ____ Anos

5. SITUAÇÃO DE SAÚDE

Doenças que já teve até à data:

Sarampo	Varicela	Papeira	Outras	Especifique
Sim <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	
Não <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	

Sofre de algumas doença

Alergias	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Especifique	
Doenças	Não <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>		

NEE: Sim Não Se sim, indique:

Def.auditiva <input type="radio"/>	Def.Visual <input type="radio"/>	Especifique	
Def. motora <input type="radio"/>	Multideficiência <input type="radio"/>		

Cartão de vacinas actualizado: Sim Não Especifique: _____

6. CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE

A Organização ajusta-se às necessidades e expectativas do Cliente?

Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Porquê: _____
---------------------------	---------------------------	---------------

A Organização pode dar reposta, internamente, ao pedido do cliente?

Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Reencaminhamento: _____
---------------------------	---------------------------	-------------------------

7. VISITA ÀS INSTALAÇÕES E INFORMAÇÃO DISPONIBILIZADA

Visita às instalações

Sim Não, a família assim o entendeu Não, o estabelecimento não tinha disponibilidade

8. OBSERVAÇÕES DECORRENTES DA ENTREVISTA: (Assinale outras informações relevantes sobre o cliente)

10. ADMISSIBILIDADE

Admissível: Sim Não

Nota: No caso de não existir qualquer contacto por parte do cliente e/ou seu representante legal, a presente inscrição deixa de ser válida decorrido um ano.

11. ASSINATURAS

Família _____ data ____/____/____

Organização: _____ data ____/____/____

ANEXO À FICHA DE INSCRIÇÃO NO ATL

Nome da criança: _____

Escola do 1º ciclo que irá frequentar em Setembro:

Nome: _____ Ano de escolaridade: _____

Período(s) lectivo(s) : (assinalar com um x)

Manhã Das _____ horas às _____ horas

Tarde Das _____ horas às _____ horas

Período pretendido de permanência no ATL: das _____ horas às _____ horas

Necessita do transporte da Instituição? Sim Não

No caso de resposta SIM, indique:

- Da escola para a Instituição

- Da Instituição para a escola

Necessita de refeições da Instituição? Sim Não

No caso de resposta SIM, indique:

- Almoço

- Lanche

Sugestões:
