



CENTRO SOCIAL DA PARÓQUIA DE S. SALVADOR – VISEU

FICHA DE RENOVAÇÃO DA INSCRIÇÃO

Data da inscrição

___/___/___

ANO ESCOLAR

___/___

A.T.L.

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA NA RESPOSTA SOCIAL

Nome: _____

Nome pelo qual é tratado: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: ___ Anos ___ Meses

Morada: _____

Código Postal : _____ - _____ Localidade: _____ Telefone _____

2. FILIAÇÃO

Nome da Mãe: _____

Profissão: _____ Local do emprego: _____ Telef. _____

Morada: _____

Código Postal : _____ - _____ Localidade: _____

Telefone _____ Telemóvel: _____ Idade: ___ Anos

Nome do Pai: _____

Profissão: _____ Local do emprego: _____ Telef. _____

Morada: _____

Código Postal : _____ - _____ Localidade: _____

Telefone _____ Telemóvel: _____ Idade: ___ Anos

3. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

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

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 doenças

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. OBSERVAÇÕES

7. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim Não

Assinale quais os documentos em falta e a respectiva data de entrega:

Cópia da cédula ou certidão de nascimento da criança	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____
Cópia do boletim de vacinas actualizado	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____
Documento médico que comprove que a criança não sofre de doença contagiosa	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____
Cópia do cartão de utente do Serviço Nacional de Saúde	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____
Cópia da declaração de IRS e respectivo comprovativo de liquidação	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____
Cópia de documento com o NISS (nº de identificação na segurança social)	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____
Cópia do recibo de vencimento dos familiares	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____
Cópia dos encargos com a habitação	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____
Cópia de documento de identificação com fotografia das pessoas autorizadas a recolher criança no final do dia	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____
Outros: Especificar	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____

8. ASSINATURAS

Família _____ data ____/____/____

Organização: _____ data ____/____/____