

FICHA DE INSCRIÇÃO

1	ESTABELECIMENTO DE EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR DA REDE PÚBLICA
JARDIM DE INFÂNCIA DA SOLUM Freguesia: Santo António dos Olivais Morada: Rua D. João III , 3030-329 COIMBRA	

2	IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA
Nome completo: _____	
Data de Nascimento: ____/____/____ NºReg. Nascimento ou BI/Cartão Cidadão _____	
Nº Cartão Utente Serviço Nacional Saúde _____	
Nº Identificação de Segurança Social (NISS) _____	
Nacionalidade _____ Naturalidade _____	
Freguesia _____ Concelho _____	
Distrito _____	
Endereço _____	

3	FILIAÇÃO
Nome do Pai _____	
Data de Nascimento: ____/____/____	
Nacionalidade _____ Naturalidade _____	
Formação Académica _____ Profissão _____	
Endereço _____	
Contacto Tel. e/ou Tlm. _____	
Local de Trabalho _____ Telefone _____	
Horário de Trabalho _____	
Nome da Mãe _____	
Data de Nascimento: ____/____/____	
Nacionalidade _____ Naturalidade _____	
Formação Académica _____ Profissão _____	
Endereço _____	
Contacto Tel. e/ou Tlm. _____	
Local de Trabalho _____ Telefone _____	
Horário de Trabalho _____	

4	ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO
Grau de Parentesco _____	
Nome _____	
Endereço _____	
Contacto Tel. e/ou Tlm. _____	

5	AGREGADO FAMILIAR		
Nome	Parentesco	Data Nascimento	Profissão
		___/___/___	
		___/___/___	
		___/___/___	
		___/___/___	
		___/___/___	
		___/___/___	
		___/___/___	

6	COMPONENTE DE APOIO À FAMÍLIA
Tem necessidade de serviço de almoço?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tem necessidade de prolongamento de horário?	
<input type="checkbox"/> Sim, no(s) seguinte(s) horário(s): <div style="text-align: center;"> Das ___ horas e ___ minutos às ___ horas e ___ minutos; Das ___ horas e ___ minutos às ___ horas e ___ minutos. </div>	
<input type="checkbox"/> Não	
Quais os períodos de interrupção lectiva em que será indispensável recorrer às actividades de apoio à família?	
<hr/> <hr/>	

7	SAÚDE
A criança tem Necessidades Educativas Especiais?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Alergias?	
<input type="checkbox"/> Sim. Quais? _____ <input type="checkbox"/> Não	
Toma permanentemente algum medicamento?	
<input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não	
Problemas específicos de saúde: _____	
<hr/>	
Em caso de urgência contactar: _____	
Contacto Tel. e/ou Tlm. _____	

8	OUTROS DADOS ADICIONAIS
<p>A criança tem algum irmão que frequenta o estabelecimento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>Frequentou outro estabelecimento de educação pré-escolar e/ou Ama?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____</p> <p>Desde ____/____/____ até ____/____/____</p>	
<p><input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>Quem vem buscar a criança? _____</p>	
<p>Quais as pessoas a quem se pode confiar a criança? _____</p>	

9	OBSERVAÇÕES

Coimbra, _____ de _____ de 20 _____

O / A Encarregado/a de Educação
