



Ficha de Inscrição

IMP02.IT01.PC01

N. Processo: [REDACTED]

Data de inscrição: [REDACTED] Data prevista de entrada: [REDACTED]

Data de Renovação: [REDACTED] Assinatura: [REDACTED]

Data de Renovação: [REDACTED] Assinatura: [REDACTED]

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome [REDACTED]

Data de nascimento [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] Idade [REDACTED] Nº ID. CIVIL (C.C.) [REDACTED]

Nº ID. FISCAL [REDACTED] Nº SEG.SOCIAL [REDACTED] Nº UTENTE SAÚDE [REDACTED]

Morada [REDACTED]

Código postal [REDACTED] - [REDACTED] Localidade [REDACTED] Telefone [REDACTED]

E-mail [REDACTED]

2. FILIAÇÃO

Nome da Mãe [REDACTED]

Telemóvel [REDACTED] Idade [REDACTED] Nº ID. CIVIL (C.C.) [REDACTED]

Nº ID. FISCAL [REDACTED] Nº SEG.SOCIAL [REDACTED]

Morada [REDACTED]

Código postal [REDACTED] - [REDACTED] Localidade [REDACTED]

Profissão [REDACTED] Local de emprego [REDACTED] Telefone [REDACTED]

Nome do Pai [REDACTED]

Telemóvel [REDACTED] Idade [REDACTED] Nº ID. CIVIL (C.C.) [REDACTED]

Nº ID. FISCAL [REDACTED] Nº SEG.SOCIAL [REDACTED]

Morada [REDACTED]

Código postal [REDACTED] - [REDACTED] Localidade [REDACTED]

Profissão [REDACTED] Local de emprego [REDACTED] Telefone [REDACTED]



Ficha de Inscrição

IMP02.IT01.PC01

3. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

A criança está a frequentar:

- creche
 Ama
 Família
(avó, tia,...)

[Redacted area for child's current location]

Irmãos a frequentar este estabelecimento

- Sim
 Não

[Redacted area for siblings attending]

Necessidades Educativas

Especiais

- Sim
 Não

Se sim

- Def. auditiva
 Def. visual
 Def. motora
 Multideficiência

Especifique

[Redacted area for specifying needs]

É sócio da Associação de Socorros da Freguesia de Turcifal?

- Sim
 Não

4. CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Composição do Agregado Familiar

Identificação das pessoas que residem com a criança habitualmente

Nome	Parentesco	Estrutura Familiar
		Monoparental
		Alargada
		Nuclear
		Reconstruída
		homossexual
		Adotiva

Local de residência do agregado familiar

[Redacted area for family residence]

Agregado Familiar Beneficiário de RSI

- Sim
 Não

Criança beneficiária de Prestação Social Garantia para a Infância e/ou Abono de Família

- Sim e qual o escalão?
 Não

5. ASSINATURAS

Família

Data:

____/____/____

Organização

Data:

____/____/____

Data de saída:

[Redacted area for exit date]

Motivo:

- Limite de idade Mudança de residência Mudança de instituição
 Outro _____