

Data da Inscrição	...../...../.....	O Creche	.....	Sala n.º	.....
Renovação	...../...../.....	O Jardim-de-Infância	.....	Sala n.º	.....
Data de Admissão	...../...../.....	O C.A.T.L Monsenhor Pires Quesado	<input type="radio"/> manhã <input type="radio"/> tarde		
Data de Saída	...../...../.....	Motivo de Saída	.....	

Dados de Identificação da Criança

Nome:

Nome porque é tratado: Data de Nascimento:/...../.....

Morada:

Código Postal: Nacionalidade:

C.C.: N.I.F.:

N.I.S.S.: S.N.S.:

Filiação

Nome da Mãe: Idade:

Estado Civil: Telemóvel: E-mail:

Habilitações literárias: Naturalidade: Nacionalidade:

Profissão: Telefone (Trab.):

Horário do emprego: Local do emprego:

Nome do Pai: Idade:

Estado Civil: Telemóvel: E-mail:

Habilitações literárias: Naturalidade: Nacionalidade:

Profissão: Telefone (Trab.):

Horário do emprego: Local do emprego:

Composição do Agregado Familiar (Identificação das pessoas que residem com a criança)

<i>Nome</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Idade</i>	<i>Profissão</i>

Pessoa(s) a contactar em caso de emergência (caso não sejam os pais):

- Nome:
 Parentesco: Telemóvel: Telefone (Trab.):
- Nome:
 Parentesco: Telemóvel: Telefone (Trab.):

Dados do Agregado Familiar:

<p>Tipo de Habitação</p> <p><input type="radio"/> Vivenda <input type="radio"/> Quarto</p> <p><input type="radio"/> Andar <input type="radio"/> Barraca</p> <p><input type="radio"/> Parte da casa</p>	<p>Propriedade</p> <p><input type="radio"/> Própria</p> <p><input type="radio"/> Arrendada</p>	<p>Beneficiário de RSI (Rendimento Social de Inserção)</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>
--	---	--

Situação de Saúde - Sofre de alguma doença?

Alergias		Doenças		N.E.E.	
Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Especifique:		Especifique:		Def. auditiva <input type="radio"/> Def. visual <input type="radio"/> Def. motora <input type="radio"/> Multifidiciência <input type="radio"/>	

Irmãos a frequentarem o mesmo Estabelecimento de Ensino:

Sim, qual a valência: Não

A preencher só pelos utentes a inscreverem-se em CRECHE (a partir dos 2 anos de idade) e em PRÉ-ESCOLAR

Se necessita de transporte: Local de entrada: Local de saída:

A preencher só pelos utentes a inscreverem-se no C.A.T.L.

Escola onde está inscrito: Contacto da escola:

Ano escolar: Nome do professor:

Necessita de Transporte: Sim Local entrada: Local saída: Não

Horário habitual de permanência na Creche / Jardim-de-infância / C.A.T.L.

Horário de entrada da criança:H

Horário de saída da criança:H

Outras informações relevantes**Documentos entregues ao Encarregado de Educação**

Regulamento: Sim Não Senão, qual o motivo:

Cópia do contrato: Sim Não Senão, qual o motivo:

Tratamento e Proteção de Dados Pessoais:

Declaro que tenho conhecimento e presto o meu necessário consentimento, de forma livre, específica, informada, explícita e inequívoca, à **A Beneficente – Póvoa de Varzim** para tratar todos os meus dados pessoais insertos na presente ficha para fins de inscrição, gestão, prestação de serviços ou outras finalidades permitidas por lei e, quando obrigatório, colocar essa informação à disposição de terceiros, prestadores de serviços, organismos públicos e quaisquer outras entidades, nos termos legais, nomeadamente, (Contabilidade, Recursos Humanos, Seguradora, AT e Segurança Social, entre outros).

Os dados pessoais serão conservados apenas pelo período estritamente necessário para a realização das referidas finalidades ou até ao máximo de 1 ano, findo o qual serão definitivamente eliminados no caso de não se realizar o respetivo contrato de prestação de serviços, respeitando na sua conservação, as garantias de sigilo e confidencialidade preconizadas pelo RGPD.

Mais declaro que fui informado que poderei a qualquer momento, querendo, solicitar através do endereço de correio eletrónico privacidade@abeneficente.pt informação e acesso aos meus dados pessoais; à sua retificação ou atualização; ao apagamento/esquecimento; limitação e direito à portabilidade; o direito de se opor ao tratamento ou retirar o presente consentimento e apresentar reclamação junto da Autoridade de controlo competente: Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) - Av. D. Carlos I, 134 - 1.º 1200-651 Lisboa - Tel: +351 213928400 - Fax: +351 213976832 – e-mail: geral@cnpd.pt ou www.cnpd.pt.

Assinatura do Encarregado de Educação:

CC/ BI: NIF:Parentesco:

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS**Data da entrevista de pré-diagnóstico:**/...../..... àsH.....**Apreciação da candidatura / Resultado da entrevista**A criança é admissível? Sim Não**Data da entrevista com o educador:**/...../..... àsH.....**Educador:**..... **Sala:****Foram entregues cópias de todos os documentos necessários?** Sim Não – Assinale quais os documentos em falta e respetiva data de entrega:

- Cópia dos encargos com a habitação/...../.....
- Cópia da declaração de IRS/...../.....
- Cópia do recibo de vencimento do agregado familiar/...../.....
- Outros. Especificar:...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

O Não apresenta rendimentos por opção**Data:**...../...../..... **Assinatura do encarregado de Educação:**.....**Relatório Social:** Sim Não **Data de entrevista:**/...../.....**Utente Gratuito:** Sim Não

Inscrição,.....€ Fatura nº Recibo nº.....de/...../.....	Mensalidade,.....€,.....€,.....€,.....€	Revisão da mensalidade em/...../..... Mensalidade,.....€,.....€,.....€,.....€
Mensalidade de Julho 2023 Fatura nº Recibo nº .....de/...../.....	TOTAL,.....€	TOTAL,.....€

Notas:

Critérios de Seleção e Priorização:

Dados a preencher pelo estabelecimento, na seleção e priorização das candidaturas - (Escala de 1 a 30)

Critérios de Seleção e Priorização	Ponderação	Pontuação Atribuída
Ser filho de funcionário da Associação	3	
Irmãos a frequentarem o estabelecimento	6	
Pais a trabalharem e/ou residirem na área do estabelecimento	3	
Baixos recursos económicos do agregado familiar	5	
Família monoparental ou numerosa	5	
Situação encaminhada pelos serviços da Segurança Social	4	
Criança com Necessidades Educativas Especiais	4	
Total		

Assinaturas: A Secretaria

Ass.:

A Direção:

Ass.:

Situação Sociofamiliar da criança

.....

A Técnica de Serviço Social.....

Data:/...../.....

Revisão de Processo

Revisto em/...../.....

Mensalidade atualizada para,.....€

Motivo:

A Direção.....

Data:/...../.....

Revisão de Processo

Revisto em/...../.....

Mensalidade atualizada para,.....€

Motivo:

A Direção.....

Data:/...../.....