

(Dados a preencher pelos serviços da A.U.R.P.I.S.)

Data de Pré-inscrição: Nº Entrada: Nº de Processo Individual:

1. DADOS A PREENCHER PARA A INSCRIÇÃO DA CRIANÇA NA CRECHE

Dados de identificação da criança:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: Anos Meses

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____

Telefone: _____

B.I./Cartão Cidadão N.º: _____ Nº Contribuinte: _____

Utente N.º: _____ Sub - Sistema de Saúde: _____

Grupo Sanguíneo: RH

Filiação:

Nome da Mãe: _____

Profissão: _____ Local Emprego: _____ Telefone: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Idade:

Sócio da A.U.R.P.I.S. NÃO SIM Número: _____

Nome do Pai: _____

Profissão: _____ Local Emprego: _____ Telefone: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Idade: Anos

Sócio da A.U.R.P.I.S. NÃO SIM Número: _____

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

Nome: _____

Profissão: _____ Local de Emprego: _____ Telefone: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Idade: Anos

Sócio da A.U.R.P.I.S. NÃO SIM Número: _____

2. COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

(Identificação das pessoas que residem com a criança)

Nome	Idade	Parentesco	Profissão	Rendimento Mensal Ilíquido
Criança				€
				€
				€
				€
				€
				€
Sub -Total				€
Outros Rendimentos				€
TOTAL				€

- Algun dos elementos do agregado familiar é beneficiário do RSI (Rendimento Social de Inserção)?

NÃO SIM Quem? _____

3. OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA

(Assinale com um X)

3.1. A criança é filha de Bombeiro Voluntário?

SIM NÃO

3.2. A criança necessita de algum apoio especial?

SIM Especifique: _____
 NÃO

3.3. A criança é portadora de deficiência? SIM NÃO

Se Sim, qual?

Motora Visual
 Multideficiência Auditiva
 Outras Qual? _____

3.4. A criança sofre de alguma doença?

SIM Quais? _____
 NÃO

3.5. A criança sofre de alguma Alergia?

SIM Quais? _____
 NÃO

3.6. A criança frequenta outros estabelecimentos ou respostas sociais? SIM NÃO

Se Sim, qual?

Creche Identifique qual o estabelecimento? _____
 Ama Privada
 Ama
 Familiares (p.e. avó, tia)
 Outro Qual? _____

4. MOTIVO DO PEDIDO

Fundamentação:

5. HORÁRIO PREVISTO DE FREQUÊNCIA DA CRIANÇA NO ESTABELECIMENTO:

Entrada: horas minutos

Saída: horas minutos

Data: ____ de _____ de _____

Assinaturas:

Pais: _____

Responsável pela Criança: _____

Email da pessoal Responsável: _____

Observações:

Desta pré-inscrição, será feita uma pré-seleção das crianças a admitir na Creche. Os pais/responsáveis pelas crianças selecionadas serão oportunamente contactados para uma entrevista a ter lugar na A.U.R.P.I.S., em data e hora a combinar.

Para crianças nascidas antes de 01/09/2021 anexar:

- Cópia do IRS, despesas de renda ou comprovativo da prestação, declaração do transporte e medicação crónica caso exista.

Para crianças nascidas após 01/09/2021 anexar:

- Declaração da segurança social a confirmar o escalão atribuído.

- Todos os anos até março, deverá ser feita a renovação da inscrição