



AIPICA - Associação de Iniciativas Populares para a Infância do Concelho de Almada

INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

PESSOA COLECTIVA DE UTILIDADE PUBLICA

Rua Conceição Sameiro Antunes, 26 F

2805 - 122 Cova da Piedade

Telefone: 21 272 34 25/6 ~ Fax: 21 272 34 27

Email: info@aipica.pt

FICHA DE INSCRIÇÃO

Unidade Educativa:

 2ª opção

Ano Lectivo: /

Valência:

Sala:

Inscrição Nova Renovação Renovação / Transferência

Processo N°

Renovação / Transferência para a Unidade Educativa

DADOS A PREENCHER

Dados de Identificação da Criança

Nome:

Nome por que é tratado:

Data de nascimento: / / Idade: Anos Mês

Nacionalidade: Distrito/Concelho

Morada:

Código Postal: - Localidade:

B.I. Outro Passaporte N° Validade / /

NISS (Numero de Identificação S. Social) ADSE:

Nome da Mãe: Idade: Anos

Morada:

Código Postal: - Localidade:

Telefone: Telemovel:

Profissão

Local de Emprego: N° Contribuinte

Email: @

Nome do Pai: Idade: Anos

Morada:

Código Postal: - Localidade:

Telefone: Telemovel:

Profissão

Local de Emprego: N° Contribuinte

Email: @

NISS (Numero de Identificação S. Social)

Encarregado de Educação Parentesco: Pai Mãe Outro Qual:

Nome do Enc. Educação: Idade: Anos

Morada:

Código Postal: - Localidade:

Telefone: Telemovel:

Profissão

Local de Emprego: N° Contribuinte

Email: @

Composição do Agregado Familiar:

(Identificação das pessoas que residem com a criança habitualmente)

Nome	Parentesco	Idade	Profissão	Rendimento mensal liquido (Aplicavel a estabelecimentos da rede solidária e da rede pública)
				. ,
				. ,
				. ,
				. ,
				. ,
				. ,
				. ,
				. ,
				. ,
				. ,
				. ,
Sub - Total				. ,
Outros Rendimentos				. ,
Total				. ,

Local de residência do Agregado Familiar

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Agregado Familiar Beneficiario de RSI (Rendimento Social de Inserção)

 Não Sim Valor:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dados do Agregado Familiar

Tipo de Habitação	Propriedade
<input type="checkbox"/> Vivenda	<input type="checkbox"/> Propria
<input type="checkbox"/> Andar	<input type="checkbox"/> Alugada
<input type="checkbox"/> Parte da Casa	
<input type="checkbox"/> Quarto	
<input type="checkbox"/> Barraca	

Outros Encargos:

Habitação	. ,
Saude:	. ,
Educação	. ,
Transportes:	. ,
Outros (Água Luz)	. ,
Total:	. ,

Irmaãos a frequentar a Associação

 Não Sim Qual a Unidade Educativa:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Criança que necessita de algum apoio especial (N.E.E.)

 Não Sim Especifique:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tem algum relatório comprovativo desta situação?

 Não Sim De que serviço

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Saúde

Nº Cartão de Utente		Subsistema de Saúde	
Problemas específicos de Saúde?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Quais:	
Grupo Sanguíneo	<input type="checkbox"/> RH <input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual <input type="text"/>
Toma algum medicamento permanentemente?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual	<input type="text"/>
Problemas de Visão?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual	<input type="text"/>
Problemas de Audição?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual	<input type="text"/>
Problema da Fala?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual	<input type="text"/>
Médico de Família:			Contacto:

Dados Adicionais

Normalmente quem vem buscar a Criança?

Contacto:

Pessoas a quem confiar a Criança:

Nome	Parentesco	Nº B.I.	Contactos

Contactos em caso de Urgência:

Nome	Nº B.I.	Contactos

Observações:

Documentos entregues:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Boletim de Nascimento da criança | <input type="checkbox"/> Recibo renda de casa / Amortização do empréstimo de habitação |
| <input type="checkbox"/> NISS - Nº Ident. Seg. Social da Criança e dos Pais | <input type="checkbox"/> Regulação do Poder Paternal (em casos que justifique) |
| <input type="checkbox"/> IRS do ano anterior | <input type="checkbox"/> Boletim de Vacinas |
| <input type="checkbox"/> Recibos de ordenado do Pai (3 últimos meses) | <input type="checkbox"/> Declaração Médica |
| <input type="checkbox"/> Recibos de ordenado da Mãe (3 últimos meses) | <input type="checkbox"/> Relatórios Médicos / Educação Especial (para crianças NEE) |
| <input type="checkbox"/> Encargos mensais com transportes públicos | <input type="checkbox"/> Despesas com medicamentos de uso continuado em caso doença crónica |
| <input type="checkbox"/> Outros | |

Ponto de Situação da Inscrição:

- Admitida com a data de Entrada: / / Processo Nº
- Não admitida mas interessada em ingressar (lista de espera)
- Não admitida e anulada a inscrição pela família
- Não admitida e anulada a inscrição por não respeitar requisitos

Data da Inscrição

Pela Família

Pela AIPICA

/ /		
--------	--	--

B.I. Nº. _____ de: __ / __ / __

“Ao presente procedimento de inscrição bem como à relação contratual e consequente frequência da(s) Unidade(s) Educativa(s) desta Associação, por parte do inscrito, em caso de deferimento da respectiva admissão/reinscrição, aplicar-se-á o Regulamento Interno – AIPICA – Utentes, o qual faz parte integrante do presente documento e que os signatários declaram ter recebido neste momento e dele terem tomado conhecimento.”