



FUNDAÇÃO JOSÉ RELVAS

Ficha de Inscrição

Creche Pré-Escolar

Ano Letivo: _____

Recibo n.º _____

Data de Admissão: ___/___/___

Sala: _____

N.º de Inscrição: _____

N.º Cliente: _____

Ponto de Situação da Inscrição

Em caso de desistência – Motivo: _____

- Admitida
- Não admitida mas interessada em ingressar (lista de espera)
- Não admitida e anulada inscrição pela família
- Não admitida e anulada inscrição por não respeitar requisitos

A PREENCHER PELA FAMÍLIA

Dados de Identificação da Criança:

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: ___ Anos ___ Meses

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

NISS: _____ NIF: _____ Doc. Id.: _____

Filiação:

Endereço de Email para Contacto: _____

Nome da Mãe: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Idade: ___ Anos

Profissão: _____ Local de Emprego: _____ Telefone: _____

Nome do Pai: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Idade: ___ Anos

Profissão: _____ Local de Emprego: _____ Telefone: _____

Irmãos a frequentar o Estabelecimento:

Irmãos no Estabelecimento
<input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Não

Se sim, qual a Resposta Social:

Criança familiar de Bombeiro Voluntário:

Familiar de Bombeiro Voluntário
<input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Não

Criança que necessita de algum apoio especial:

Necessidade de Apoio Especial
<input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Não

Especifique:

Agregado Familiar Beneficiário de RSI:

<input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Não

Composição do Agregado Familiar:

(Identificação das pessoas que residem com a criança habitualmente)

Nome	Parentesco	Idade	Profissão	Rendimento Mensal Líquido
Sub-Total				
Outros Rendimentos				
Total				

Local de Residência do Agregado Familiar _____**Dados do Agregado Familiar:**

Tipo de Habitação
<input type="radio"/> Vivenda
<input type="radio"/> Apartamento
<input type="radio"/> Parte da Casa
<input type="radio"/> Quarto
<input type="radio"/> Outro _____

Propriedade
<input type="radio"/> Própria
<input type="radio"/> Alugada

Encargos:	
Habitação	<input type="text"/>
Doença Crónica	<input type="text"/>
Transporte Colectivo	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>

Outras Actividades / Serviços:

Transporte	1 x Dia	2 x Dia	
	Total		

Visita às Instalações:

Visita às Instalações
<input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Não, Família assim o entendeu
<input type="radio"/> Não, estabelecimento não tinha disponibilidade

FICHA DE AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS**Criança a cargo de:** Pais Pai Mãe Outros: _____**Se está a cargo de outra pessoa,****Motivo** _____

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

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Idade: _____ Anos

Profissão: _____ Local de Emprego: _____ Telefone: _____

Situação de Saúde

Doenças que já teve até à data:

Sarampo	Varicela	Papeira	Outras
<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Sim Especifique: _____
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não

Sofre de alguma doença:

Alergias	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Especifique: _____		
Doenças	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	Especifique: _____		
NEE	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Def. Auditiva	<input type="radio"/> Def. Visual	<input type="radio"/> Def. Motora
			<input type="radio"/> Multideficiência - Especifique: _____		

Cartão de Vacinas Atualizado

Sim Não

Especifique: _____

Frequência de Outros Estabelecimentos ou Respostas Sociais

Não Sim Se sim, especifique Creche Ama Privada Ama Família _____

Encaminhamento de Outros Serviços (P.E. Segurança Social)

Não Sim Se sim, especifique: _____

Horário Previsto de Frequência do Estabelecimento

Entrada: _____ horas _____ minutos

Saída: _____ horas _____ minutos

Pessoa(s) a quem a Criança pode ser entregue

Nome: _____

Parentesco: _____ Telefone: _____

Nome: _____

Parentesco: _____ Telefone: _____

Nome: _____

Parentesco: _____ Telefone: _____

Nome: _____

Parentesco: _____ Telefone: _____

Nome: _____

Parentesco: _____ Telefone: _____

Nome: _____

Parentesco: _____ Telefone: _____

Pessoa(s) a Contactar em Caso de Emergência

Pessoa a Contactar: _____

Parentesco: _____ Telefone: _____

Local de Emprego: _____ Telefone de Serviço: _____

Pessoa a Contactar: _____

Parentesco: _____ Telefone: _____

Local de Emprego: _____ Telefone de Serviço: _____

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS**Cálculo da Comparticipação:**

$$R = (RF - D) / N$$

R: Rendimento “per capita”

RF: Rendimento Mensal Ilíquido do Agregado Familiar

D: Despesas Fixas

N: Número de Elementos do Agregado Familiar

Explicitação do Cálculo:**Escalões de Rendimento de acordo com a Remuneração Mínima Mensal**

	1.º - até 30% da RMN	2.º - entre 30% a 50% da RMN	3.º - entre 50% e 70% da RMN	4.º - entre 70% e 100% da RMN	5.º - entre 100% e 150% da RMN	6.º - mais de 150% da RMN
Percentagem para Cálculo da Comparticipação (Circular n.º 3)	15%	22.50%	27.50%	30%	32.50%	35%
Percentagem para Cálculo da Comparticipação Familiar (estabelecimento)						

Mensalidade / Comparticipação:

Critérios de Admissibilidade

A Instituição ajusta-se às necessidades e expectativas da Criança?

 Sim Não Porquê? _____

A Instituição pode dar resposta, internamente, ao pedido da Criança?

 Sim Não (Reencaminhamento para outra Organização ou prestação de informação adicional.)

Critérios:

ITEM	CRITÉRIO	PONTUAÇÃO	PONDERAÇÃO
01. Idade da Criança	0 - 1 ano / 3 - 4 anos	100	5%
	1 - 2 anos / 4 - 5 anos	50	
	2 - 3 anos / 5 - 6 anos	20	
02. Data de Inscrição	Dentro do Prazo	100	5%
	Fora do Prazo	5	
03. Recursos Económicos do Agregado	Sem Rendimentos	100	20%
	Rendimento p.c. < RMN	75	
	Rendimento p.c. > RMN	10	
04. Suporte do Agregado Familiar ou outras pessoas	Ausência	100	15%
	Indisponibilidade	50	
	Outros Casos	10	
05. Crianças com Irmãos a Frequentar o CI da Instituição	Frequenta	100	5%
	Não Frequenta	10	
06. Crianças encaminhadas pela Rede Social / Situação de Risco	Segurança Social	100	25%
	Outro Parceiro da R.S.	50	
	Sem encaminhamento	10	
07. Local de Residência / Trabalho dos EE	Do Concelho	100	5%
	Do Distrito	25	
	De Fora	5	
08. Crianças com NEE ou Órfãs	Com NEE ou Órfãs	100	10%
	Sem	5	
09. Crianças de Famílias Monoparentais ou Famílias Numerosas (+ de 2 Filhos)	F.M. ou F.N.	100	10%
	Restantes Famílias	25	

Total: _____**Admissível?**
 Sim Não Porquê? _____

 Autorizo / Não Autorizo, a informatização dos dados pessoais para efeitos de elaboração do Processo Individual, bem como, a utilização de imagem do meu Educando. (Rúbrica do R/R _____)

Pretendo encomendar BIBE n.º _____ Quantidade _____
Pretendo encomendar PANAMÁ n.º _____ Quantidade _____
Observações decorrentes da Entrevista: (Assinale outras informações relevantes sobre a Criança)

Notas

1. A assinatura da presente Ficha de Inscrição implica o conhecimento e concordância prévia com as normas e Regulamento Interno do Estabelecimento (disponível também através do site www.fundacaojosereivas.pt).
2. Junto da Ficha de Inscrição, colocar os seguintes documentos: deve ser apresentado cópia da declaração de IRS e respetivo comprovativo de liquidação, cópia dos recibos de vencimento dos familiares e cópia dos encargos com a habitação.
3. Todas as informações disponibilizadas nesta Ficha são confidenciais, não podendo ser utilizadas sem a autorização prévia da família.

Representante / Responsável: _____ **Data:** ____/____/____

Rúbrica do Responsável pelo Atendimento: _____ **Data:** ____/____/____