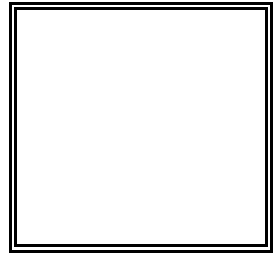




O Lar do Comércio  
Creche e Jardim de Infância

## FICHA DE INSCRIÇÃO 2020-21

Pré - Inscrição \_\_\_\_\_  
Renovação \_\_\_\_\_  
Mudança de Valência \_\_\_\_\_



Data de Entrada \_\_\_\_\_

Nº de Ordem \_\_\_\_\_

### Ponto de Situação da Inscrição

Nº PI: \_\_\_\_\_

Sala: \_\_\_\_\_

Ed. Infância \_\_\_\_\_

Ponto de Situação	
<input type="checkbox"/>	Admitida
<input type="checkbox"/>	Não admitida mas interessada em ingressar (lista de espera)
<input type="checkbox"/>	Não admitida e anulada inscrição pela família
<input type="checkbox"/>	Não admitida e anulada inscrição por não respeitar requisitos

### Dados de Identificação da Criança

Nome: \_\_\_\_\_ C.C.: \_\_\_\_\_

Nome pelo qual é tratado: \_\_\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Anos: \_\_\_\_\_ Meses: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

### Filiação:

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ C.C.: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Entidade Patronal: \_\_\_\_\_

Sócio Lar Comércio Nº: \_\_\_\_\_ Contacto Emprego: \_\_\_\_\_

Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_ C.C.: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Entidade Patronal: \_\_\_\_\_

Contacto Emprego: \_\_\_\_\_

Sócio Lar Comércio Nº: Horário de trabalho: 

Irmãos a Frequentar o Estabelecimento:

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

Nome:

Sala:

Valência:

Criança que necessita de algum apoio especial:

necessidade de apoio especial	
<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

Especifique:

**Composição do agregado familiar:**

Nome	Parentesco	Idade	Profissão	Rendimento Mensal Líquido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sub-Total

Outros Rendimentos

Total

**Dados do agregado familiar:**

Tipo de habitação.	Propriedade
Vivenda <input type="text"/>	Própria <input type="checkbox"/>
Andar <input type="text"/>	Alugada <input type="checkbox"/>
Parte da casa <input type="text"/>	
Quarto <input type="text"/>	
Outro <input type="text"/>	

Encargos com a Habitação: **Visita às Instalações**

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

Local de residência do Agregado Familiar 

Horário habitual de permanência da criança: \_\_\_\_\_

Apólice de Seguro Escolar de Grupo:

Sim Não 

Açoreana n.º 96,00053578

**Captação de Imagem**

A aceitação das normas do funcionamento do Equipamento Infantil pressupõe a autorização de captação de imagem (fotografia e vídeo), no âmbito das atividades integradas no ano letivo e partilha com os encarregados de educação.

Sim, autorizo Não autorizo 

Mais declaro, ter tomado conhecimento do conteúdo do respetivo Regulamento para o Ano Letivo de 2020-21

**O regulamento interno encontra-se disponível no site da Instituição ([www.olardocomercio.pt/infancia](http://www.olardocomercio.pt/infancia)) ou, para consulta, na entrada do Equipamento Infantil.**

Data de Inscrição:

Enc.Educação:

Pela Instituição:

**A Preencher pelos serviços**

**Síntese relativamente aos critérios de selecção e priorização:**

Dados a preencher pelo estabelecimento na selecção e priorização das candidaturas por forma a identificar os candidatos para a entrevista inicial.

Critérios de selecção e priorização	
<input type="checkbox"/>	Crianças cujos pais são trabalhadores da Instituição
<input type="checkbox"/>	Crianças com irmãos a frequentar o mesmo estabelecimento
<input type="checkbox"/>	Crianças em situação de risco ou carência
<input type="checkbox"/>	Agregado de fracos recursos económicos
<input type="checkbox"/>	Crianças cujas mães trabalhem fora de casa
<input type="checkbox"/>	Crianças de famílias monoparentais
<input type="checkbox"/>	Crianças cujos pais trabalham na área de implantação do estabelecimento
<input type="checkbox"/>	Crianças residentes na área de implantação do estabelecimento
<input type="checkbox"/>	Outras

Apreciação Final da candidatura	
<input type="radio"/>	Cumpre os critérios e está dentro do limite de vagas do estabelecimento Data da Entrevista de Pré-Diagnóstico: _____
<input type="radio"/>	Cumpre critérios mas não está dentro do limite de vagas do estabelecimento Lista de Espera: _____
<input type="radio"/>	Não cumpre os critérios: Encerramento do Processo: _____

Cessaçõ ou rescisão do contrato de prestação de serviços	
<input type="radio"/>	Cessaçõ Data: _____ Motivo: _____
<input type="radio"/>	Rescisãõ Data: _____ Motivo: _____

**Outras actividades / serviços (p.e. transporte):**

Actividade A	Qual:	_____
Actividade B	Qual:	_____
Actividade C	Qual:	_____
<b>TOTAL</b>		_____

**Cálculo da Participaçãõ Familiar:**

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

R: rendimento "per capita"

RF: rendimento mensal ilíquido do agregado familiar

D: despesas fixas

N: nº de elemntos do agregado familiar

Escalaões de Rendimento de acordo com a Remuneraçãõ Míxima Mensal						
	1º - até 30% da RMN	2º entre 30% e 50% da RMN	3º entre 50% a 70% da RMN	4º entre 70% e 100% da RMN	5º entre 100% e 150% da RMN	5º mais de 150% da rmn
% para o cálculo da particip. Familiar						
Mensalidade Comparticipaçãõ						

Compartilhamento Familiar

Comprovativos de rendimentos:

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

Observações:

**Contactos estabelecidos:**

Data:

Assunto:

Data:

Assunto:

Data:

Assunto:

Data:

Assunto:

Data

Enc.Educação:

Pela Instituição:

**Dados para entrega / recepção da criança**

**Ano Letivo** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome da criança:

Sala:

**Elementos a quem a criança pode ser entregue:**

Nome:

Telef/telm

Nome:

Telef/telm

Nome:

Telef/telm

Nome:

Telef/telm

**Pessoa a contactar em situação de emergência:**

Pessoa a contactar:

Parentesco:

Telemóvel:

Telefone:

Local de Emprego:

Telefone serviço :

Nome do Médico de Família / Pediatra

Telefone:

Centro de Saúde:

---

**Encarregado de Educação**