

Ficha de Inscrição _____

Ficha de Renovação _____

A preencher pelos serviços:

Ano Letivo: _____ Sala: _____

Data de Admissão: ____/____/____ Processo n.º: _____

Data de saída: ____/____/____

Serviços prestados:

Frequência normal e anual: _____ Frequência para atividades complementares: _____

Frequência para refeições: _____ Frequência dos períodos não letivos: _____

Dados de identificação do/a Cliente:

Nome: _____ Nome pelo qual é tratado/a: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ CC n.º _____ NIF: _____

Morada: _____ Código postal: _____ - _____

Localidade: _____ Concelho: _____ NISS: _____

N.º Utente: _____ Centro saúde: _____ Médico(a): _____

Filiação

Nome da mãe: _____ Contacto: _____

Correio-e: _____ Morada: _____

Código postal: _____ - _____ Localidade: _____ Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Habilitações literárias: _____ Profissão: _____

Local de trabalho: _____ Contacto: _____ Horário: _____

Nome do pai: _____ Contacto: _____

Correio-e: _____ Morada: _____

Código postal: _____ - _____ Localidade: _____ Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Habilitações literárias: _____ Profissão: _____

Local de trabalho: _____ Contacto: _____ Horário: _____

Encarregado de educação: Pai _____ Mãe _____ outro _____

Situação de Saúde

Boletim de vacinas atualizado: Sim _____ Não _____

Pessoas a contactar em caso de emergência:

1. Nome: _____	Parentesco: _____	Contacto: _____
Local de trabalho: _____	Contacto: _____	
Cartão de Cidadão n° _____		

2. Nome: _____	Parentesco: _____	Contacto: _____
Local de trabalho: _____	Contacto: _____	
Cartão de Cidadão n° _____		

Pessoas a quem o/a cliente pode ser entregue:

Nome: _____	Parentesco: _____
Contacto: _____	Cartão Cidadão n° _____

Nome: _____	Parentesco: _____
Contacto: _____	Cartão Cidadão n° _____

Nome: _____	Parentesco: _____
Contacto: _____	Cartão Cidadão n° _____

Nome: _____	Parentesco: _____
Contacto: _____	Cartão Cidadão n° _____

Outras informações:

Irmãos (ãs) a frequentar o estabelecimento? . Sim ___ Não ___ . Se sim, quantos? _____
Serviços: Creche ___ . Pré-escolar ___ Outro: _____
Cliente que necessita de algum apoio especial? . Sim ___ Não ___
Se sim, especifique qual: _____

Agregado Familiar

Elemento		Parentesco	Habilitação Escolar	Idade	Situação Profissional*	Profissão	Rendimento Mensal Líquido
Nº	Nome						

Declaro que obtive conhecimento de todas as informações necessárias para a escolha da Instituição/entidade; do seu funcionamento conforme Regulamento Interno da valência; da possibilidade de visitar as instalações; dos dados recolhidos serem tratados informaticamente; bem como, assumo a responsabilidade de registos

Centro de Estudos e Atividades de Tempos Livres

fotográficos e vídeos que possa registar em atividades internas e/ou externas do CSPNavais, conforme Regulamento (UE) 2016/679, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de Abril de 2016 e Lei nº 58/2019, de 8 de Agosto, referente ao Regulamento Geral de Proteção de Dados.

Assinatura _____

Comprometo-me a comunicar à Instituição qualquer alteração da informação aqui prestada.

Data: ___ / ___ / ___

_____ (A Família)

_____ (Estabelecimento)

Observações:
