



# 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: 212 723 425/6 Fax: 212 723 427

Email: info@aipica.pt

## FICHA DE INSCRIÇÃO

### Unidade Educativa:

1ª opção   
2ª opção   
3ª opção

Ano Lectivo:  2  0  /  2  0

Valência:

Sala:

Inscrição Nova  Renovação  Renovação / Transferência

Processo Nº

Renovação / Transferência para a Unidade Educativa

### Dados de Identificação da Criança

Nome:

Nome por que é tratado:

Data de Nascimento:  /  /  Idade:  Anos  Meses

Nacionalidade:  Distrito/Concelho:

Morada:

Codigo Postal:  -  SNS:

C.C.  Passaporte  Outro Nº  Validade  /  /

NISS (Numero Identificação Segurança Social):  NIF:

### Dados de Identificação da Mãe

Nome:  Idade:  Anos

Morada:

Codigo Postal:  -  Telefone:

Telemovel:  Habilitações Literárias:

C.C.  Passaporte  Outro Nº  Validade  /  /

NISS (Numero Identificação Segurança Social):  NIF:

Profissão:  Local de Emprego:

Email:  @

### Dados de Identificação do Pai

Nome:  Idade:  Anos

Morada:

Codigo Postal:  -  Telefone:

Telemovel:  Habilitações Literárias:

C.C.  Passaporte  Outro Nº  Validade  /  /

NISS (Numero Identificação Segurança Social):  NIF:

Profissão:  Local de Emprego:

Email:  @

**Dados de Identificação do Encarregado de Educação**  Pai  Mãe  Outro Qual:

Nome:  Idade:  Anos

Morada:

Codigo Postal:  -  Telefone:

Telemovel:  Habilitações Literárias:

C.C.  Passaporte  Outro Nº  Validade  /  /

NISS (Numero Identificação Segurança Social):  NIF:

Profissão:  Local de Emprego:

Email:  @

**Dados do Agregado Familiar**

(Incluir a criança)

Nome	Parentesco	Idade	Profissão	Rendimento mensal líquido
				. , €
				. , €
				. , €
				. , €
				. , €
				. , €
				. , €
				. , €
				. , €
				. , €
			<b>Sub - Total</b>	. , €
			<b>Outros Rendimentos</b>	. , €
			<b>Total</b>	. , €

Local de residência do Agregado Familiar

Agregado Familiar Beneficiário de RSI (Rendimento Social de Inserção)

Não

Sim

Valor:

Tipo de Habitação:

Vivenda

Andar

Parte da Casa

Quarto

Barraca

Propriedade:

Própria

Alugada

Encargos:

Habitação

Saúde

Educação

Transportes

Total:

**Outros dados**

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?

Não

Sim

Quais:

Grupo Sanguineo

RH

Alergias

Não

Sim

Qual:

Toma algum medicamento permanentemente?

Não

Sim

Qual:

Problemas de Visão?

Não

Sim

Qual:

Problemas de Audição?

Não

Sim

Qual:

Problema da Fala?

Não

Sim

Qual:

Médico de Família:

Contacto:

## Dados Adicionais

Normalmente quem vem buscar a Criança? \_\_\_\_\_

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

### Pessoas a quem confiar a Criança:

Nome	Parentesco	Nº doc. de identificação	Contactos

### Contactos em caso de Urgência:

Nome	Parentesco	Nº doc. de identificação	Contactos

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Documentos entregues:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Documentos de Identificação da Criança e dos Pais             | <input type="checkbox"/> Regulação das Responsabilidades Parentais                      |
| <input type="checkbox"/> NISS (Numero Identificação S. Social) da Criança e dos Pais   | <input type="checkbox"/> Despesas com medicamentos de uso continuado (doença crónica)   |
| <input type="checkbox"/> NIF (Numero de Identificação Fiscal) da Criança e dos Pais    | <input type="checkbox"/> Encargos mensais com transportes públicos e fotocópia do Passe |
| <input type="checkbox"/> Recibos de ordenado da Mãe (3 últimos meses)                  | <input type="checkbox"/> Ficha Vacinal  |
| <input type="checkbox"/> Recibos de ordenado do Pai (3 últimos meses)                  | <input type="checkbox"/> Comprovativo do Abono de Família                               |
| <input type="checkbox"/> IRS do ano civil anterior                                     | <input type="checkbox"/> Relatórios Médicos / Educação Especial (para crianças NEE)     |
| <input type="checkbox"/> Recibo renda de casa / Amortização do empréstimo de habitação | <input type="checkbox"/> Outros   |

Data da Inscrição \_\_\_\_\_ Pela Família \_\_\_\_\_ Pela AIPICA \_\_\_\_\_

C.C. Nº. \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Ponto de situação da inscrição ( A preencher pela AIPICA):

- Data de admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de entrada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Não admitida mas interessada em ingressar (Fica em lista de espera)
- Não admitida e anulada a inscrição pela família

“ Ao presente procedimento de inscrição bem como à relação contratual e conseqüente 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, o qual faz parte integrante do presente documento e que os signatários declaram ter recebido neste momento e dele terem tomado conhecimento.”