

Ficha de Inscrição/admissão a resposta social Creche

Zona reservada aos Serviços Administrativos

Nº Inscr.: _____
Nº PI: _____
Ano letivo: ____ / ____

☐ Admitida ☐ Em lista de espera ☐ Família anulou a inscrição
Desistência a ____/____/____ ☐ Inscrição não cumpre os requisitos

Motivo: _____

1. Dados de identificação da criança

Nome: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Morada: _____

Código postal: ____ - ____ Localidade: _____

Nº Cartão Cidadão: _____ Validade: ____/____/____

NIF: _____ NISS: _____ Nº utente: _____

Data nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos ____ meses

Com quem reside a criança: mãe ☐ pai ☐ ambos ☐ outro familiar ou responsável legal pela criança ☐

2. Filiação

Nome da mãe: _____

Nº telemóvel: _____ Email: _____ Idade: ____ anos

Morada: _____

Código postal: ____ - ____ Localidade: _____ Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____ Habilitações literárias: _____

Nº Cartão Cidadão/Aut.Residência/Passaporte: _____ Validade: _____

NIF: _____ Profissão: _____ Local trabalho: _____

Empresa: _____ Nº telefone: _____



ÁREA DE IDOSOS
Centro de Dia
Serviço de Apoio Domiciliário



ÁREA DE INFÂNCIA
Creche
Pré-escolar



APOIO ALIMENTAR
POAPMC
Cantina Social
Banco Alimentar

Nome do pai: _____

Nº telemóvel: _____ Email: _____ Idade: _____ anos

Morada: _____

Código postal: _____ - _____ Localidade: _____ Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____ Habilitações literárias: _____

Nº Cartão Cidadão/Aut.Residência/Passaporte: _____ Validade: _____

NIF: _____ Profissão: _____

Local de trabalho: _____ Empresa: _____

Nº telefone: _____

2

3. Informações complementares

3.1. Existem irmãos a frequentar a mesma resposta social ou outra?

Sim ☐ Se sim, indique o(s) nomes(s) irmão(s) e qual a resposta social _____

Não ☐

3.2. A criança necessita de algum apoio especial (necessidades educativas especiais)?

Sim ☐ Se sim, especifique _____

Não ☐



ÁREA DE IDOSOS
Centro de Dia
Serviço de Apoio Domiciliário



ÁREA DE INFÂNCIA
Creche
Pré-escolar



APOIO ALIMENTAR
POAPMC
Cantina Social
Banco Alimentar

4. Caraterização do agregado familiar (identificação das pessoas que residem com a criança)

Nome	Parentesco	Idade	Profissão	Rendimento mensal líquido atual
Sub-total:				
Outros rendimentos:				
Total:				

3

4.1. Agregado familiar beneficiário de RSI

Sim ☐ Não ☐

4.2. Dados do agregado familiar

Tipo de habitação:

Vivenda ☐
Apartamento ☐
Parte de casa ☐
Quarto ☐

Propriedade:

Própria ☐
Alugada ☐

Encargos:

Habitação: _____
Saúde: _____
Educação: _____
Outros: _____

5. Visita às instalações

Sim ☐ Não, a família assim o entendeu ☐ Não, o estabelecimento não tinha disponibilidade ☐



ÁREA DE IDOSOS
Centro de Dia
Serviço de Apoio Domiciliário



ÁREA DE INFÂNCIA
Creche
Pré-escolar



APOIO ALIMENTAR
POAPMC
Cantina Social
Banco Alimentar

6. Consentimento para a utilização de dados pessoais

☐ Autorizo o tratamento dos meus Dados Pessoais pela IASFB, com a finalidade de aceitar a inscrição do meu educando, na resposta social Creche, utilizando, para tal, qualquer um dos contatos ou endereço de email facultados. A presente autorização manter-se-á em vigor enquanto mantiver a minha qualidade de Encarregado de educação ou responsável legal e associado.

☐ Tenho conhecimento de que me assiste o direito de solicitar à IASFB, por escrito, para os contatos institucionais, o acesso aos meus dados pessoais, bem como a respetiva portabilidade, retificação ou eliminação.

☐ Comprometo-me a manter atualizados todos os dados fornecidos, bem como a comunicar quaisquer alterações aos mesmos, enquanto me mantiver na qualidade supracitada.

7. Registo de documentos entregues (preenchimento exclusivo pelos serviços administrativos no momento da admissão da criança)

Documento de identificação da criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____
NIF da criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____
NISS da criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____
C. cidadão/aut. residência/passaporte	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____
NIF dos pais ou responsável legal	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____
Recibo de vencimentos dos pais ou responsável legal/agregado familiar ou comprovativo de atribuição de subsídio de desemprego ou de inscrição no centro de emprego	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____
Declaração de IRS e nota de liquidação	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____
Comprovativo de outros rendimentos (RSI) (se aplicável)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____
Comprovativo de morada	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____
Comprovativo de despesas com doença crónica (se aplicável)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____



ÁREA DE IDOSOS
Centro de Dia
Serviço de Apoio Domiciliário



ÁREA DE INFÂNCIA
Creche
Pré-escolar



APOIO ALIMENTAR
POAPMC
Cantina Social
Banco Alimentar

8. Critérios de seleção e priorização definidos na Portaria nº 198/2022, de 27 de julho (reservado à Direção Pedagógica)

1. Crianças que frequentaram a creche no ano anterior;	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. Crianças com deficiência/incapacidade;	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. Crianças filhos de mães e pais estudantes menores, ou beneficiários de assistência pessoal no âmbito do Apoio à Vida Independente ou reconhecido como cuidador informal principal, ou crianças em situação de acolhimento ou em casa abrigo;	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Crianças com irmãos, que comprovadamente pertençam ao mesmo agregado familiar, que frequentam a resposta social;	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5. Crianças beneficiárias da prestação social Garantia para a Infância e/ou com abono de família para crianças e jovens (1º e 2º escalões), cujos encarregados de educação residam, comprovadamente, na área de influência da resposta social;	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6. Crianças beneficiárias da prestação social Garantia para a Infância e/ou com abono de família para crianças e jovens (1º e 2º escalões), cujos encarregados de educação desenvolvam a atividade profissional, comprovadamente, na área de influência da resposta social;	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7. Crianças em agregados monoparentais ou famílias numerosas, cujos encarregados de educação residam, comprovadamente, na área de influência da resposta social;	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8. Crianças cujos encarregados de educação residam, comprovadamente, na área de influência da resposta social;	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
9. Crianças em agregados monoparentais ou famílias numerosas, cujos encarregados de educação desenvolvam a atividade profissional, comprovadamente, na área de influência da resposta social;	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10. Crianças cujos encarregados de educação desenvolvam a atividade profissional, comprovadamente, na área de influência da resposta social;	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
11. Data da inscrição na IASFB.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>



9. Comunicação dos resultados da inscrição

O resultado da inscrição (admissão/ não admissão) será comunicado ao encarregado de educação ou representante legal através de chamada telefónica.



10. Assinaturas e veracidade dos dados recolhidos

O responsável pela inscrição assina confirmando a veracidade dos dados preenchidos nesta ficha

_____ Data ____/____/____

Pela IASFB _____ Data ____/____/____



ÁREA DE IDOSOS
Centro de Dia
Serviço de Apoio Domiciliário



ÁREA DE INFÂNCIA
Creche
Pré-escolar



APOIO ALIMENTAR
POAPMC
Cantina Social
Banco Alimentar

Declaração de presença/entrega de ficha de inscrição/admissão na resposta social Creche

Para os devidos efeitos, se declara que _____,

Portador do cartão cidadão nº _____, compareceu na IASFB, no dia ____/____/____ a fim de inscrever o seu(a) educando(a) para futura frequência nesta resposta social.

Mais se declara que este documento serve de comprovativo de entrega de ficha de inscrição nº _____.

Registo de documentos entregues ou a entregar

Documento de identificação da criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____
NIF da criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____
NISS da criança	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____
C. cidadão/aut. residência/passaporte	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____
NIF dos pais ou responsável legal	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____
Recibo de vencimentos dos pais ou responsável legal/agregado familiar ou comprovativo de atribuição de subsídio de desemprego ou de inscrição no centro de emprego	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____
Declaração de IRS e nota de liquidação	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____
Comprovativo de outros rendimentos (RSI) (se aplicável)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____
Comprovativo de morada	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____
Comprovativo de despesas com doença crónica (se aplicável)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Prazo combinado de entrega ____/____/____

O responsável pela receção da ficha de inscrição/admissão

_____/____/____

(assinatura e carimbo)



ÁREA DE IDOSOS
Centro de Dia
Serviço de Apoio Domiciliário



ÁREA DE INFÂNCIA
Creche
Pré-escolar



APOIO ALIMENTAR
POAPMC
Cantina Social
Banco Alimentar