|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Inscrição |  | Número de Inscrição |  | Data de Inscrição |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Renovação |  | Número de Utente |  | Data de Renovação |  |

**Equipamento**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Creche das Maçãs |  | Creche da Portela |  |
| Jardim de Infância do Banzão |  | Jardim de Infância da Portela |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** |  | **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data de nascimento |  | Sexo ( F | M ) |  | Grupo Sanguíneo |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naturalidade |  | Nacionalidade |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Morada |  | | |
| Localidade |  | Código Postal |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cartão de Cidadão nº |  | Validade |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NISS |  | NIF |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Centro de Saúde |  | Número de Utente |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Com quem reside | Pai |  | Mãe |  | Ambos |  | Outro familiar ou responsável legal |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.** |  | **FILIAÇÃO** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome da mãe |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data de nascimento |  | NIF |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naturalidade |  | Nacionalidade |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Morada |  | | |
| Localidade |  | Código Postal |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cartão de Cidadão nº |  | Validade |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Correio Eletrónico |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Telefone |  | Telemóvel |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Profissão |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Local de trabalho |  | Telefone |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do pai |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data de nascimento |  | NIF |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naturalidade |  | Nacionalidade |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Morada |  | | |
| Localidade |  | Código Postal |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cartão de Cidadão nº |  | Validade |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Correio Eletrónico |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Telefone |  | Telemóvel |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Profissão |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Local de trabalho |  | Telefone |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.** |  | **ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| O Encarregado de Educação será: | | | | | | |
| Pai |  | Mãe |  | | Outro |  |
| Se outro, qual o grau de parentesco em relação à criança | | | |  | | |

Dados de Identificação do Encarregado de Educação (preencher apenas no caso de não serem os pais)

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data de nascimento |  | NIF |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naturalidade |  | Nacionalidade |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Morada |  | | |
| Localidade |  | Código Postal |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cartão de Cidadão nº |  | Validade |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Correio Eletrónico |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Telefone |  | Telemóvel |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Profissão |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Local de trabalho |  | Telefone |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.** |  | **SITUAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do médico assistente |  | Telefone |  |

Necessidades Educativas Especiais (conforme o D.L. 3/2008)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Deficiência auditiva | Deficiência visual | Deficiência motora | Multideficiência (especifique) |
|  |  |  |  |

Boletim de vacinas atualizado

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sim | Não | Especifique as vacinas em falta |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5.** |  | **DADOS ESCOLARES DA CRIANÇA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Quais os motivos que o levaram a escolher este equipamento de infância | |  | Como teve conhecimento deste equipamento de infância | |
| Qualidade do serviço prestado |  |  | Familiares |  |
| Localização do equipamento |  |  | Amigos |  |
| Preço das mensalidades |  |  | *Facebook* |  |
| Equipa pedagógica |  |  | *Site* da SCMS |  |
| Frequência anterior de familiares |  |  | Cartazes |  |
| Outros |  |  | Outros |  |

Horário previsto da permanência da criança no equipamento de infância

|  |  |
| --- | --- |
| Entrada | Saída |
|  |  |

Algum dos membros do agregado familiar (responsáveis pela criança) se encontra em **situação de desemprego**?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pai | Mãe | Outro |
|  |  |  |

Pessoas a quem a criança pode ser entregue na saída do equipamento de infância (para além do Encarregado de Educação)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome | Parentesco | Idade | Contactos telefónicos |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Pessoas a contactar em situação de emergência da criança (para além do Encarregado de Educação)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome | Parentesco | Idade | Contactos telefónicos |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6.** |  | **INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE A CRIANÇA** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Crianças com irmãos, que comprovadamente pertençam ao mesmo agregado familiar, que frequentam a resposta social | Sim | Não | Se sim, indique o(s) nome(s) do(s) irmão(s) e qual o estabelecimento |
|  |  |  |
| Criança em risco social, sinalizada ao abrigo dos protocolos com a CMS, CPCJ e Segurança Social | Sim | Não | Se sim, especifique |
|  |  |  |
| Criança com deficiência / incapacidade | Sim | Não | Se sim, especifique |
|  |  |  |
| 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 | Não | Se sim, especifique |
|  |  |  |
| Crianças beneficiárias da prestação social da Garantia para a Infância e/ou com Abono de família para crianças e jovens (1º e 2º escalões) que residam/trabalhem na área de influência da resposta social | Sim | Não | Se sim, especifique |
|  |  |  |
| Crianças em agregados monoparentais ou famílias numerosas que residam/trabalhem na área de influência da resposta social | Sim | Não | Se sim, especifique |
|  |  |  |
| Crianças cujos encarregados de educação residam/trabalhem comprovadamente, na área de influência da resposta social | Sim | Não | Se sim, especifique |
|  |  |  |
| Criança familiar de Irmão da SCMS, pertencente à Irmandade | Sim | Não | Se sim, indique o nome do Irmão da SCMS |
|  |  |  |
| Criança é filho(a) de funcionário(a) da SCMS | Sim | Não | Se sim, indique o nome do funcionário |
|  |  |  |

Composição do Agregado Familiar

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | | | Parentesco | Idade | Habilitações | |
|  | | |  |  |  | |
|  | | |  |  |  | |
|  | | |  |  |  | |
|  | | |  |  |  | |
|  | | |  |  |  | |
|  | | |  |  |  | |
|  | | |  |  |  | |
|  | | |  |  |  | |
| **7.** |  | **CARACTERIZAÇÃO DOS RENDIMENTOS E DESPESAS DO AGREGADO FAMILIAR** | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Periodicidade | Pai  (valor €) | Mãe  (valor €) | Outro  (valor €) | Total (€) |
| **Rendimento mensal ilíquido (rendimento bruto) atual** - incluir todos os rendimentos, nomeadamente, prestação de serviços | Mensal |  |  |  |  |
| **Outros rendimentos** – rendas de imóveis, remunerações de trabalho não declarado na Declaração de IRS, prémios, subsídios ou comissões não incluídas na Declaração de IRS, entre outros | Mensal |  |  |  |  |
| **Subsídio de desemprego, RSI** **ou apoios financeiros** concedidos por parte de alguma Instituição como Câmara Municipal de Sintra, SMAS, Segurança Social ou outras entidades |  |  |  |  |  |
| **Pensão de alimentos** – do familiar com a custódia da criança em caso de separação de facto ou divórcio |  |  |  |  |  |
| **Apoios financeiros de familiares e amigos** – em caso de dificuldade financeira |  |  |  |  |  |
| **Despesas com habitação** –recibo de renda ou comprovativo bancário de crédito à habitação | Mensal |  |  |  |  |
| **Despesas com transporte coletivo de passageiros** | Mensal |  |  |  |  |
| **Despesas com doença crónica** | Mensal |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **8.** |  | **ATUALIZAÇÃO DE DADOS SOBRE RENDIMENTOS / DESPESAS DO AGREGADO FAMILIAR** |

Caso a criança seja admitida no equipamento de Infância, e, durante o ano letivo se verifique uma mudança significativa dos rendimentos e/ou despesas do agregado familiar, o encarregado de educação deverá informar a Santa Casa da Misericórdia de Sintra a fim de se avaliar a possibilidade de ser feita uma atualização do cálculo da mensalidade.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.** |  | **NORMAS DO TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS RECOLHIDOS NA FICHA** |

A Santa Casa da Misericórdia de Sintra garante a segurança e confidencialidade dos dados recolhidos nesta ficha. A informação por si disponibilizada não será partilhada com terceiros e será utilizada apenas para os fins diretamente relacionados com a frequência do educando no estabelecimento de infância. O encarregado de educação poderá consultar, retificar e eliminar dados cujo tratamento não cumpra o disposto na Lei da Proteção de Dados Pessoais. Os destinatários da recolha, consulta, tratamento e conservação de dados são colaboradores da Santa Casa da Misericórdia de Sintra autorizados para o efeito. O prazo de conservação dos dados corresponde ao período requerido pelo Instituto da Segurança Social e Ministério da Educação.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **10.** |  | **COMUNICAÇÃO DO RESULTADO DA INSCRIÇÃO** |

O resultado da inscrição (admissão / não admissão) e se for caso disso, o valor da mensalidade, será comunicado ao encarregado de educação no prazo de 45 dias após o término do prazo das inscrições.

Esta informação será enviada para o correio eletrónico do encarregado de educação exceto se este não tiver sido disponibilizado. Nesse caso, a informação será enviada por correio para a morada da criança.

**Comprovativo de Entrega da Ficha de Inscrição / Renovação**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Inscrição/Renovação | |  | Número da Inscrição/Renovação |  | Nome da Criança |  | Data de Nascimento |  | Equipamento |
| Definitiva |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Provisória |  |  |  |  |  |

Encontram-se em falta os seguintes documentos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Em falta** | **Prazo de entrega** |
| Cartão de Cidadão da Criança |  |  |
| NIF da Criança |  |  |
| NISS da Criança |  |  |
| Atestado de Residência e/ou Declaração da Entidade Patronal |  |  |
| Número de Utente da Criança (centro de saúde) |  |  |
| Comprovativo do Escalão do Abono de Família |  |  |
| Cartão de Cidadão dos pais (ou outro documento de identificação na falta deste – BI, PS, AR) |  |  |
| Três últimos recibos de vencimento dos pais ou comprovativo de atribuição de subsídio de desemprego ou da inscrição no Centro de Emprego |  |  |
| Declaração de IRS do ano 2022 e Nota de liquidação do último ano fiscal |  |  |
| Comprovativo de outros rendimentos – Rendas prediais, RSI ou outros apoios financeiros (se aplicável) |  |  |
| Comprovativo de despesas com habitação |  |  |
| Comprovativo de despesas com transportes públicos (se aplicável) |  |  |
| Comprovativo de despesas com doença crónica (se aplicável) |  |  |
| A ficha de inscrição/renovação está devidamente preenchida |  |  |

Nas inscrições/renovações consideradas provisórias, se os documentos em falta não forem entregues no prazo combinado, a Santa Casa da Misericórdia de Sintra tem o direito de anular a inscrição ou de atribuir a mensalidade máxima.

Perante a falta de entrega da prova de rendimentos (declaração de IRS ou recibos de vencimento), será aplicada a comparticipação máxima de mensalidade. In cláusula 9ª, ponto nº 5 do Protocolo de Cooperação de 2010 celebrado entre o M.T.S.S. e a União das Misericórdias Portuguesas.

O valor da mensalidade atribuída será provisório até à entrega dos documentos comprovativos dos rendimentos.

**Assinaturas:**

A pessoa responsável pela entrega dos documentos assina confirmando a veracidade dos dados preenchidos na Ficha de Inscrição e dos documentos entregues.

|  |  |
| --- | --- |
| Responsável pela entrega dos documentos | Data |
|  |  |