

(A preencher pelos serviços)	<b>6. RENOVAÇÃO DE INSCRIÇÃO</b>	
DATA INSCRIÇÃO ___/___/20___		
UTENTE N.º: _____	___/___/___ : _____	___/___/___ : _____
DATA ENTRADA: ___/___/20___	___/___/___ : _____	___/___/___ : _____
DATA DE SAÍDA: ___/___/20___	___/___/___ : _____	___/___/___ : _____
MENSALIDADE ATRIBUÍDA: € _____,		

A preencher pelo(a) Encarregado(a) de Educação

**1. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA:**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
 Morada: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_ - \_\_\_  
 N.º B.I./ C.C.: \_\_\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

**2. SITUAÇÃO FAMILIAR:**  
 Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
 Morada: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_ - \_\_\_  
 Telefone de casa: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_  
 N.º B.I./ C.C.: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
 Horário Laboral: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Morada: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_ - \_\_\_  
 Telefone de casa: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_  
 N.º B.I./ C.C.: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
 Horário Laboral: \_\_\_\_\_  
 N.º de Irmãos: \_\_\_\_\_ Datas de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;  
 Irmão a frequentar a Instituição? \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Resp. Social \_\_\_\_\_

**3. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA:**  
 Profissão do Pai: \_\_\_\_\_ Remuneração Mensal Líquida: € \_\_\_\_\_,  
 Entidade Patronal: \_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Telf. Trabalho: \_\_\_\_\_  
 Profissão da Mãe: \_\_\_\_\_ Remuneração Mensal Líquida: € \_\_\_\_\_,  
 Entidade Patronal: \_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Telf. Trabalho: \_\_\_\_\_  
 Prestações Familiares (Abono de Família e/ ou outros): € \_\_\_\_\_,  
 Outros Rendimentos: € \_\_\_\_\_, Despesas de Habitação: € \_\_\_\_\_,  
 Despesas fixas com saúde (Doenças crónicas da criança): € \_\_\_\_\_,

**4. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**  
 A criança frequenta alguma Instituição? \_\_\_\_\_ Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
 A criança sofre de alguma doença? \_\_\_\_\_ Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
 A criança tem NEE? \_\_\_\_\_ Se sim, qual? \_\_\_\_\_

**5. OBS:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Assinatura do Encarregado de Educação

Assinatura do Funcionário

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_

⇒ **Obrigatório o preenchimento completo desta ficha, sob pena de anulação da mesma, assim como a sua renovação anual.**  
 ⇒ **Os dados recolhidos servem única e exclusivamente para estabelecer as diligências necessárias à frequência do utente nos nossos serviços. A Instituição garante o sigilo e a privacidade dos dados recolhidos.**