

FICHA DE INSCRIÇÃO

Data de Inscrição: ____/____/____

Número de Entrada: ____/____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome Completo: _____

Nome pelo qual é tratado: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Anos ____ Meses

Morada: _____

Código Postal: ____ - ____ Localidade: _____

BI / CC n.º: ____ Emitido a: ____ / ____ / ____ Válido até: ____ / ____ / ____

NIF: ____ NISS: ____ SNS: _____

2. FILIAÇÃO

Nome da Mãe: _____

Morada: _____

Código Postal: ____ - ____ Localidade: _____

BI / CC n.º: ____ Emitido a: ____ / ____ / ____ Válido até: ____ / ____ / ____

NIF: ____ NISS: _____

Email: _____

Profissão: ____ Local de Emprego: _____

Horário Laboral: ____ Contacto: _____

Nome do Pai: _____

Morada: _____

Código Postal: ____ - ____ Localidade: _____

BI / CC n.º: ____ Emitido a: ____ / ____ / ____ Válido até: ____ / ____ / ____

NIF : ____ NISS: _____

Email: _____

Profissão: ____ Local de Emprego: _____

Horário Laboral: ____ Contacto: _____

Nome do Encarregado de Educação: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

BI / CC n.º: _____ Emitido a: ____ / ____ / ____ Válido até: ____ / ____ / ____

NIF: _____ NISS: _____

Email: _____

Profissão: _____ Local de Emprego: _____

Horário Laboral: _____ Contacto: _____

3. CONTACTO DO FAMILIAR RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA

Mãe: _____

Pai: _____

Outros: _____

4. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

4.1 Irmãos a frequentar o estabelecimento

Sim ☐ Não ☐

Se Sim, especifique:

4.2 Criança necessita de algum apoio especial

Sim ☐ Não ☐

Se Sim, especifique:

4.3 Situação de saúde

Nome do Médico Assistente (médico de família e / ou pediatra):

Telefone: _____

5. CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR**5.1 Composição do Agregado Familiar**

Identificação das pessoas que residem com a criança habitualmente

Nome	Parentesco

5.2 Local de residência do agregado familiar: _____

6. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?Sim ☐ Não ☐**7. APÓLICE DE SEGURO ESCOLAR**

Fidelidade Mundial – ES62916956

8.

Data de Admissão: _____

Data de Saída: _____

Motivo de Saída: _____

9. CONSENTIMENTO

Autorizo o tratamento, por parte do Centro Social Paroquial de S. João da Foz do Sousa, dos dados pessoais que constam desta ficha de inscrição.

O Responsável pelo tratamento dos dados pessoais (Centro Social Paroquial de S. João da Foz do Sousa) compromete-se a utilizá-los apenas com a finalidade de organização processual, contratual e divulgação das informações e atividades institucionais.

Os dados serão conservados pelo período de 5 anos e /ou enquanto durar a relação contratual.

Nos termos da legislação em vigor, os titulares dos dados pessoais recolhidos neste formulário poderão exercer os seus direitos previstos na legislação (acesso, rectificação, apagamento, limitação, oposição e portabilidade) através do contacto escrito para o seguinte email: epd@centrosocialfozdosousa.com, podendo, igualmente, retirar os consentimentos a qualquer momento, e ainda apresentar reclamação junto da autoridade de controlo (CNPD).

10. Assinaturas:

Encarregado de Educação: _____ Data: ____ / ____ / ____

Instituição: _____ Data: ____ / ____ / ____