



# CELIUM - INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

## FICHA DE INSCRIÇÃO DA CRECHE



Nº de entrada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº Processo: \_\_\_\_\_

Renovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_

Saída: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Motivo da saída: \_\_\_\_\_

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome completo: \_\_\_\_\_

Nome pelo qual é tratado: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CC/Assento: \_\_\_\_\_

Válido até: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

NISS: \_\_\_\_\_

Utente SNS nº: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

### 2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) SIGNIFICATIVA(S) DO CLIENTE

Nome da pessoa significativa: \_\_\_\_\_

Parentesco/relação: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CC/BI: \_\_\_\_\_

Válido até: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

NISS: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Telemóvel: \_\_\_\_\_

Telefone  
(trabalho): \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Nome da pessoa significativa: \_\_\_\_\_

Parentesco/relação: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CC/BI: \_\_\_\_\_

Válido até: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

NISS: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Telemóvel: \_\_\_\_\_

Telefone  
(trabalho): \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_



# CELIUM - INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

## 3. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Irmãos a frequentar o estabelecimento? Sim  Não

(Especifique)

Filho(a) de Bombeiro Voluntário falecido ? Sim  Não

A criança necessita de algum apoio especial? Sim  Não

(Especifique)

A criança encontra-se em situação de risco? Sim  Não

(Especifique)

## 4. CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

**Identificação das pessoas que residem com a criança habitualmente:**

Nome	Parentesco	Idade	Profissão	Rendimento Mensal Líquido (a preencher pela instituição)
Sub-total				
Outros Rendimentos				
<b>Total</b>				

**Local de residência do agregado familiar:** \_\_\_\_\_

**Agregado Familiar Beneficiário de RSI:** Sim  Não

**Dados do Agregado Familiar:**

Tipo de habitação		Propriedade		Encargos (É necessário entregar os comprovativos)	
Vivenda	<input type="radio"/>	Própria	<input type="radio"/>	Habitação	
Apartamento	<input type="radio"/>	Arrendada	<input type="radio"/>	Saúde do cliente	
Parte de casa	<input type="radio"/>	Emprestada	<input type="radio"/>	<b>Total</b>	
Quarto	<input type="radio"/>				
Barraca	<input type="radio"/>				



# CELIUM - INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

## 5. OUTRAS ACTIVIDADES/SERVIÇOS

(Na renovação da inscrição pelas famílias, identifique, se necessário, as alterações às actividades)

	Sim	Não

## 6. VISITA ÀS INSTALAÇÕES

Visita às instalações:  Sim  Não

(Especifique)

## 7. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (A preencher pela instituição)

BI ou Cartão do Cidadão da criança e da pessoa significativa	(*) <input type="radio"/>	Data de verificação: ___/___/___
Cartão de Contribuinte da criança e da pessoa significativa, quando necessário	(*) <input type="radio"/>	Data de verificação: ___/___/___
Cartão de beneficiário da Segurança Social da criança e da pessoa significativa, quando necessário	(*) <input type="radio"/>	Data de verificação: ___/___/___
Cartão de utente do Serviço Nacional de Saúde ou do Subsistema a que a criança pertença	(*) <input type="radio"/>	Data de verificação: ___/___/___
Declaração médica comprovando que a criança não sofre de doença impeditiva da frequência da resposta social e que tem as vacinas em dia <sup>1)</sup>	<input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___
Declaração médica indicando eventuais doenças crónicas, respectivos medicamentos e posologia e necessidades de cuidados especiais, quando necessário <sup>1)</sup>	<input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___
Comprovativo do rendimento do agregado familiar (cópia)	<input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___
Declaração de IRS do agregado familiar da criança, relativa ao ano anterior (cópia)	<input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___
Nota de liquidação e comprovativo do pagamento da última declaração do IRS (cópia)	<input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___
Recibo de renda de casa ou empréstimo bancário para habitação do agregado da criança, caso se justifique	<input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___
Comprovativo(s) da(s) despesa(s) da farmácia relativa(s) a doença(s) crónica(s) devidamente comprovada(s) (últimos 3 meses), caso se justifique	<input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___
Certidão de sentença judicial que regule o poder paternal ou determine a tutela, caso se justifique	(*) <input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___
Fotografia do cliente (opcional)	(*) <input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___
Outro (especifique)	<input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___
Outro (especifique)	<input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___

**Notas: A inscrição só se considera realizada na data de entrega/verificação de todos os documentos necessários.**

**(\*) Nos casos de renovação da inscrição não é necessário verificação, a não ser que haja alterações.**

**<sup>1)</sup> Esta declaração deve ser entregue até ao início da frequência.**

## Assinaturas

Pessoa significativa:	Data: ___/___/___
O(A) Educador(a) de Infância:	



# CELIUM - INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

## 8. CÁLCULO DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR? (Explicar o cálculo da comparticipação familiar)

$$RC = (RAF/12-D)/n$$

**Cálculo do rendimento “per capita”**

RAF = Rendimento do agregado familiar  
(anual ou anualizado)

RAF = \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

D = Despesas mensais fixas

D = \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

n = N° de elementos do agregado familiar

n = \_\_\_\_\_

RC = Rendimento “per capita”

RC = \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

### Escalões de rendimentos de acordo com a Remuneração Mínima Mensal Garantida

	1° até 30% da RMMG	2° entre 30% e 50 % da RMMG	3° entre 50% e 70 % da RMMG	4° entre 70% e 100 % da RMMG	5° entre 100% e 150 % da RMMG	6° mais de 150 % da RMMG
Percentagem para cálculo da comparticipação familiar	15,0%	22,5%	27,5%	30,0%	32,5%	35,0%

$$Cf = RC \times P$$

**Cálculo da comparticipação familiar**

RC = Rendimento “per capita”

RC = \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

P = Percentagem

P = \_\_\_\_\_ %

Cf = Comparticipação familiar

Cf = \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €      \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Outras atividades/serviços

### Custos

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Assinaturas

O(A) Educador(a) de Infância:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Tomado conhecimento

O(A) Diretor(a) Executivo(a):

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pessoa significativa:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_