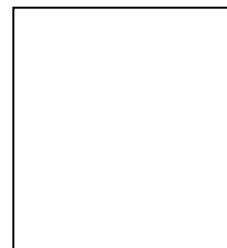




CELIUM - INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

FICHA DE INSCRIÇÃO DO CATL



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 tratada: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Nº CC: _____

Válido até: ____/____/____

NIF: _____

NISS: _____

Nº Utente SNS: _____

Morada: _____

Código postal: _____

Localidade: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) SIGNIFICATIVA(S) DA CRIANÇA

Nome da pessoa significativa: _____

Parentesco/ relação: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Nº 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: ____/____/____

Nº 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

5. OUTRAS ACTIVIDADES/SERVIÇOS

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

	Sim	Não
Lanche		
Natação		
Apoio Educativo		

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="checkbox"/>	Data de verificação: ___/___/___
Cartão de Contribuinte da criança e da pessoa significativa, quando necessário	(*) <input type="checkbox"/>	Data de verificação: ___/___/___
Cartão de beneficiário da Segurança Social da criança e da pessoa significativa, quando necessário	(*) <input type="checkbox"/>	Data de verificação: ___/___/___
Cartão de utente do Serviço Nacional de Saúde ou do Subsistema a que a criança pertença	(*) <input type="checkbox"/>	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 ¹⁾	<input type="checkbox"/>	Data de entrega: ___/___/___
Declaração médica indicando eventuais doenças crónicas, respectivos medicamentos e posologia e necessidades de cuidados especiais, quando necessário ¹⁾	<input type="checkbox"/>	Data de entrega: ___/___/___
Comprovativo do rendimento do agregado familiar (cópia)	<input type="checkbox"/>	Data de entrega: ___/___/___
Declaração de IRS do agregado familiar da criança, relativa ao ano anterior (cópia)	<input type="checkbox"/>	Data de entrega: ___/___/___
Nota de liquidação e comprovativo do pagamento da última declaração do IRS (cópia)	<input type="checkbox"/>	Data de entrega: ___/___/___
Recibo de renda de casa ou empréstimo bancário para habitação do agregado da criança, caso se justifique	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	Data de entrega: ___/___/___
Certidão de sentença judicial que regule o poder paternal ou determine a tutela, caso se justifique	(*) <input type="checkbox"/>	Data de entrega: ___/___/___
Fotografia do cliente (opcional)	(*) <input type="checkbox"/>	Data de entrega: ___/___/___
Outro (especifique)	<input type="checkbox"/>	Data de entrega: ___/___/___
Outro (especifique)	<input type="checkbox"/>	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 necessária verificação, a não ser que haja alterações.

¹⁾ Esta declaração deve ser entregue até ao início da frequência.

Assinaturas

Pessoa significativa:	Data: ___/___/___
Responsável da instituição:	



CELIUM - INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

8. CÁLCULO DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR? (Explicar à família o cálculo da participação 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

	1º escalão até 30% da RMM	2º escalão entre 30% e 50 % da RMM	3º escalão entre 50% e 70 % da RMM	4º escalão entre 70% e 100 % da RMM	5º escalão entre 100% e 150 % da RMM	6º escalão mais de 150 % da RMM
Percentagem para cálculo da participação familiar (Circular nº 3)	3 %	4 %	6 %	7,5 %	9 %	9 %
Teto máximo	45,00 €					

As participações correspondem ao valor de doze meses, divididos por dez prestações, que se vencem de setembro a junho. A redução aplicável à 2ª criança e seguintes do mesmo agregado familiar é calculado antes da aplicação do teto máximo.

$Cf = RC \times P$

Cálculo da participação familiar

RC = Rendimento “per capita”

RC = _____, _____ €

P = Percentagem

P = _____ %

Cf = Participação familiar

Cf = _____, _____ € _____, _____ €

Observações: _____

Outras atividades/serviços

Custos

_____, _____ €
_____, _____ €
_____, _____ €

Observações: _____

Assinaturas

Responsável da instituição:

Data: ____/____/____

Tomado conhecimento

Diretor(a) Executivo(a):

Data: ____/____/____

Pessoa significativa:

Data: ____/____/____