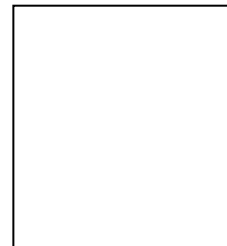




## FICHA DE INSCRIÇÃO DO CATL



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

(Meramente indicativo - Dependendo dos interesses manifestados - Na renovação da inscrição, identifique, também, os seus interesses)

	Sim	Não
Almoço nos períodos não letivos		
Apoio Educativo (Trabalhos de casa)		
Natação		
Expressão Musical		
Iniciação ao Inglês		
Outros (Especifique)		

## 6. VISITA ÀS INSTALAÇÕES

Visita às instalações:  Sim  Não

(Especifique)

(Só é possível depois da pandemia COVID-19)

## 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,	(*) <input type="radio"/>	Data de verificação: ___/___/___
Cartão de beneficiário da Segurança Social da criança e da pessoa significativa	(*) <input type="radio"/>	Data de verificação: ___/___/___
Cartão de utente do Serviço Nacional de Saúde ou Subsistema	(*) <input type="radio"/>	Data de verificação: ___/___/___
Declaração médica comprovando que a criança não sofre de doença impeditiva da frequência do CATL e que tem as vacinas em dia	<input type="radio"/>	Data de entrega: ___/___/___
Declaração médica indicando eventuais doenças crónicas, respetivos medicamentos e posologia e necessidades de cuidados especiais <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) (últimos 3 meses)	<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 / utente (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.

(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 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

	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 comparticipação familiar (Circular nº 3)	3 %	4 %	6 %	7,5 %	9 %	9 %
Teto mínimo com acordo	0,00 €		Teto máximo com acordo		60,00 €	
Teto mínimo sem acordo	60,00 €		Teto máximo sem acordo		75,00 €	

As comparticipações correspondem ao valor de doze meses, divididos por dez prestações, que se vencem de setembro a junho;  
Têm prioridade as renovações;

$Cf = RC \times P$

Cálculo da comparticipação familiar

RC = Rendimento “per capita”

RC = \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

P = Percentagem

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

Cf = Comparticipação familiar

Cf = \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

Observações: \_\_\_\_\_

Outras atividades/serviços

Custos

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

Observações: \_\_\_\_\_

### Assinaturas

Responsável da instituição:

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

### Tomado conhecimento

Pessoa significativa:

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

Presidente da Direção:

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