



CANDIDATURA
FICHA DE INSCRIÇÃO- PARTE I

(a preencher pela Instituição)

Resposta Social	<input type="text"/>	Ano letivo	<input type="text"/>
Data de Admissão	<input type="text"/>	Data de Saída	<input type="text"/>
Motivo	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

(a preencher pelo Encarregado de Educação)

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome	<input type="text"/>		
Morada	<input type="text"/>		
Código Postal	<input type="text"/>	Localidade	<input type="text"/>
Nacionalidade	<input type="text"/>	Data de Nascimento	<input type="text"/>
N.º SNS	<input type="text"/>	C. Cidadão	<input type="text"/>
		NIF	<input type="text"/>
NISS	<input type="text"/>	Deficiência/Incapacidade	<input type="text"/>
Descendente Associado Movimento Casais Santa Maria	<input type="checkbox"/>		
Irmãos a frequentar a IPSS	<input type="checkbox"/>	Quantos?	<input type="text"/>

DADOS DO AGREGADO FAMILIAR

Nome da Mãe	<input type="text"/>		
Morada	<input type="text"/>		
Código Postal	<input type="text"/>	Localidade	<input type="text"/>
Telefone	<input type="text"/>	Telemóvel	<input type="text"/>
		Idade	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>		
Habilitações Literárias			
Sem Habilitações	<input type="checkbox"/>	Ensino Secundário	<input type="checkbox"/>
		Licenciatura pré-bolonha / Mestrado	<input type="checkbox"/>
Ensino Básico 1.º ciclo	<input type="checkbox"/>	Cursos CET	<input type="checkbox"/>
		Licenciatura pós-bolonha / Bacharelato	<input type="checkbox"/>
Ensino Básico 2.º ciclo	<input type="checkbox"/>	Cursos TESP	<input type="checkbox"/>
		Doutoramento	<input type="checkbox"/>
Ensino Básico 3.º ciclo	<input type="checkbox"/>	Formação Desconhecida	<input type="checkbox"/>
		Outra:	<input type="text"/>
Profissão	<input type="text"/>	Local de Trabalho	<input type="text"/>
Horário de trabalho	<input type="text"/>	Contacto	<input type="text"/>
Nome do Pai	<input type="text"/>		
Morada	<input type="text"/>		
Código Postal	<input type="text"/>	Localidade	<input type="text"/>
Telefone	<input type="text"/>	Telemóvel	<input type="text"/>
		Idade	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>		

Habilitações Literárias			
Sem Habilitações	<input type="checkbox"/>	Ensino Secundário	<input type="checkbox"/>
		Licenciatura pré-bolonha / Mestrado	<input type="checkbox"/>

Ensino Básico 1.º ciclo	<input type="checkbox"/>	Cursos CET	<input type="checkbox"/>	Licenciatura pós-bolonha / Bacharelato	<input type="checkbox"/>
Ensino Básico 2.º ciclo	<input type="checkbox"/>	Cursos TESP	<input type="checkbox"/>	Doutoramento	<input type="checkbox"/>
Ensino Básico 3.º ciclo	<input type="checkbox"/>	Formação Desconhecida	<input type="checkbox"/>	Outra:	<input type="text"/>
Profissão	<input type="text"/>		Local de Trabalho	<input type="text"/>	
Horário de trabalho	<input type="text"/>		Contacto	<input type="text"/>	

Composição do Agregado Familiar	Nome	Idade	Parentesco

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Encarregado de Educação Mãe Pai Outro

No caso de assinalar "outro" preencha os campos abaixo

Nome

Morada

Código Postal Localidade

Email Contacto

DOCUMENTAÇÃO

	<input type="checkbox"/>	Data da Entrega
Crianças beneficiárias da prestação social garantia para a Infância	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Crianças beneficiárias de abono de família (1.º e 2.º escalões)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Criança em situação de acolhimento ou em casa abrigo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Família reconhecida como cuidador informal principal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Beneficiário de assistência pessoal no âmbito do apoio à vida independente	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Agregado familiar beneficiário de RSI	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Em caso afirmativo deve anexar documento comprovativo

AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO INFORMATIZADO DE DADOS PESSOAIS

Autorizo que os dados pessoais cedidos ao CBIMCSM, sejam informatizados, para efeitos de elaboração do processo individual da criança. Sim

Não

Os dados fornecidos serão processados informaticamente, destinando-se a uso exclusivo dos serviços do CBIMCSM. Sempre que o solicitem, os responsáveis pelo cliente, poderão ter conhecimento das informações que constam na base de dados e que lhe dizem respeito, podendo ainda solicitar a atualização das mesmas ou acrescentar informações adicionais.

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO (a preencher pela família)

Declaro ter tomado conhecimento do Regulamento Interno que entrará em vigor em setembro do presente ano. Declaro ainda ter entregue toda a documentação necessária à formalização do processo e ter efetuado o pagamento de 100€ *, por Transferência Bancária, para o seguinte NIB 0035.0185.00000178431.20 Caixa de Geral de Depósitos em nome de Centro de Bem Estar Infantil do Movimento de Casais de Santa Maria.

** Quantia relativa a custos de inscrição, sujeita a posterior emissão de fatura, não sujeito a reembolso caso não seja admitido,*

	Representante da Criança	Representante do CBIMCSM
Assinatura	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	<input type="text"/>	<input type="text"/>