



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ALMADA

RESPOSTAS SOCIAIS DE INFÂNCIA

Ficha de Renovação

1 - IDENTIFICAÇÃO DA VALÊNCIA | SERVIÇO

Estabelecimento /valência:	<input type="text"/>	Renovação: Creche	<input type="checkbox"/>
Data da Renovação:	<input type="text"/>	Creche Familiar	<input type="checkbox"/>
Nº da Renovação:	<input type="text"/>	Pré-Escolar	<input type="checkbox"/>
Desistiu:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>
Motivo:	<input type="text"/>		

2 - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome:	<input type="text"/>	Nacionalidade:	<input type="text"/>
Doc. Id.	<input type="text"/>	Data Nasc.	<input type="text"/>
		Idade:	<input type="text"/> Anos: <input type="text"/> Meses
Morada:	<input type="text"/>	Código postal:	<input type="text"/>
Freguesia:	<input type="text"/>	NIF:	<input type="text"/>
		N.º Utente Saúde:	<input type="text"/>
NISS:	<input type="text"/>		

2.1. FILIAÇÃO

Nome Pai:	<input type="text"/>	Nacionalidade:	<input type="text"/>
Doc. Id.:	<input type="text"/>	Validade:	<input type="text"/>
		Data Nasc.:	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>	Código postal:	<input type="text"/>
Freguesia:	<input type="text"/>	Telemóvel:	<input type="text"/>
		Outro contacto:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>	Escolaridade:	<input type="text"/>
Profissão:	<input type="text"/>	Freguesia do local de trabalho:	<input type="text"/>
Nome Mãe:	<input type="text"/>	Nacionalidade:	<input type="text"/>
Doc. Id.:	<input type="text"/>	Validade:	<input type="text"/>
		Data Nasc.:	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>	Código postal:	<input type="text"/>
Freguesia:	<input type="text"/>	Telemóvel:	<input type="text"/>
		Outro contacto:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>	Escolaridade:	<input type="text"/>
Profissão:	<input type="text"/>	Freguesia do local de trabalho:	<input type="text"/>



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ALMADA

RESPOSTAS SOCIAIS DE INFÂNCIA

2.2. ENCARREGADO/A DE EDUCAÇÃO

Nome: Nacionalidade:

Doc. Id. Validade: NIF:

Data Nasc.: Morada:

Código postal: - Freguesia: Telemóvel:

Outro contacto: E-mail:

Escolaridade: Profissão:

Freguesia do local de trabalho: Grau de parentesco:

3. AGREGADO FAMILIAR (Indicação das pessoas que residem habitualmente com a criança)

Nome da criança: Idade:

Nome: Idade: G. Parentesco: Profissão:

Nº de elementos do agregado familiar:

4. DADOS DA SITUAÇÃO FAMILIAR

Tipo de Habitação:

Vivenda	<input type="checkbox"/>	Barraca	<input type="checkbox"/>
Andar	<input type="checkbox"/>	Quarto	<input type="checkbox"/>
Parte de casa	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
Qual? _____			
Própria	<input type="checkbox"/>	Alugada	<input type="checkbox"/>
Pública	<input type="checkbox"/>	Cedida	<input type="checkbox"/>

Proveniência dos rendimentos:

Emprego:	Pai	Mãe	Out
Por conta própria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por conta de outrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras fontes de rendimento:	Pai	Mãe	Out
Biscates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestações Sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

	Não	Sim	
A criança tem irmão(s) a frequentar este serviço?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se sim, especifique qual: <input type="text"/>
A família tem algum tipo de acompanhamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se sim, que entidade / técnico/a: <input type="text"/>
A criança transita para outro equipamento da SCMA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se sim, indique qual: <input type="text"/>
A criança provém de outro equipamento da SCMA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se sim, indique qual: <input type="text"/>
A criança é acompanhada em alguma especialidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se sim, indique qual especialidade médica: <input type="text"/>



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ALMADA

RESPOSTAS SOCIAIS DE INFÂNCIA

Nome do médico de família ou pediatra:

USF:

Contacto:

1. O Declarante, para os efeitos legais, nomeadamente os previstos no Regulamento Geral de Proteção de Dados (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril (RGPD) e demais legislação, presta consentimento para o tratamento dos dados declarados, com a finalidade de processamento de dados pela SCMA e na medida do estritamente necessário, a sua disponibilização às entidades privadas e oficiais, designadamente às obrigatórias por lei e outras entidades para atividades complementares à atividade. Mais declaro, que tomei conhecimento dos direitos inerentes ao regulamento geral de proteção de dados, disponível para consulta no serviço.
2. A assinatura da presente ficha de inscrição implica o conhecimento e concordância prévia com as normas e regulamento interno do estabelecimento.
3. A assinatura da presente ficha de inscrição, implica a concordância da veracidade dos dados contidos nos campos da mesma, transcritos de documentos atualizados e válidos.

6. OBSERVAÇÕES

7. VALIDAÇÃO DA RENOVAÇÃO

Presencial:

Por e-mail:

Data do e-mail:

Os serviços

A/o familiar

Data

