



Santa Casa da Misericórdia de Vila Franca do Campo
Ficha de Inscrição

Valência	
Tipologia Documento:	Impresso
Edição:	9ª Versão
Nº Processo:	

Data Inscrição		Ano Letivo		Horário de Permanência	
Data: ___/___/___		20___/20___		das ___ h às ___ h	
Identificação do(a) Utente:					
Nome:					
Data de Nascimento:		___/___/___			
Nº C.C.:		NISS:	NIF:	Nº Utente:	
Morada:			Concelho/Freg.:		
Encaminhamento de Outros Serviços (P. ex. Segurança Social)?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
Qual? _____					
Dispõe de Viatura Própria?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
Quem assegura o transporte? _____					
Necessita de Transporte por parte da Valência?(CATL'S)		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
De: _____					
Para: _____					
Requer Almoço da Instituição?(CATL'S)		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
Requer Lanche da Instituição?(CATL'S)		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
Tem alguma restrição alimentar (sob prescrição médica)?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
Tem suporte que garanta o acompanhamento/cuidados à criança?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
De quem? _____					
Os pais/Encarregado de Educação trabalham?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
Em que zona? _____					
O Utente tem Necessidades Educativas Especiais?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
Especifique: _____					
O Utente possui Relatório de "Avaliação e Certificação da Situação de Deficiência"?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	
Tipo de Deficiência(s) e Incapacidade(s): _____					
Identificação dos Pais:					
Nome do Pai:					
Morada:					
Profissão:		Local de trabalho:		Contato:	
Nome da Mãe:					
Morada:					

Elaborado por:	Data:	Verificado por:	Data:	Aprovado por:	Data:
Gabinete de Gestão da Qualidade	14/07/2021	Gestora da Qualidade	14/07/2021	Coordenadores Respetivas Valências	15/07/2021

Modelo 001 | MOD 001



Santa Casa da Misericórdia de Vila Franca do Campo
Ficha de Inscrição

Valência	
Tipologia Documento:	Impresso
Edição:	9ª Versão
Nº Processo:	

Profissão:		Local de trabalho:		Contacto:	
------------	--	--------------------	--	-----------	--

Encarregado de Educação:

Nome:		Parentesco (em relação ao Utente):			
Morada:					
Local de trabalho:		Telef.:		Telef. (Emprego):	
E-mail:					

(Assinatura do Encarregado de Educação)

(Assinatura do Coordenador)

_____, ____/____/____

Observações:

Elaborado por:	Data:	Verificado por:	Data:	Aprovado por:	Data:
Gabinete de Gestão da Qualidade	14/07/2021	Gestora da Qualidade	14/07/2021	Coordenadores Respetivas Valências	15/07/2021

Modelo 001 | MOD 001



Santa Casa da Misericórdia de Vila Franca do Campo
Ficha de Inscrição

Valência	
Tipologia Documento:	Impresso
Edição:	9ª Versão
Nº Processo:	

Pontuação:		Crítérios de Seleção (a preencher pela valência):	Observações:
	<input type="checkbox"/>	Crianças em situações de risco;	
	<input type="checkbox"/>	Utentes que frequentem outras valências da Instituição na área de apoio à infância;	
	<input type="checkbox"/>	Crianças sinalizadas/acompanhadas pelo Programa de Intervenção Precoce do Centro de Saúde local ou Núcleo de Educação Especial da EBI da localidade;	
	<input type="checkbox"/>	Ausência ou indisponibilidade dos pais em assegurar aos filhos os cuidados necessários durante o seu período de trabalho;	
	<input type="checkbox"/>	Crianças com deficiência;	
	<input type="checkbox"/>	Crianças cujos pais residam na área da valência;	
	<input type="checkbox"/>	Crianças cujos pais trabalhem na área da valência;	
	<input type="checkbox"/>	Crianças integradas na escola localizada na freguesia da valência (este critério só é aplicado para os CATL's);	
	<input type="checkbox"/>	Crianças de famílias mono parentais ou famílias numerosas;	
	<input type="checkbox"/>	De acordo com o estatuto dos Bombeiros Voluntários, os filhos destes em caso de acidente mortal de um dos progenitores;	
	<input type="checkbox"/>	Filhos de funcionários desta instituição.	
TOTAL:			
Critérios Preenchidos a ___/___/___			

Elaborado por:	Data:	Verificado por:	Data:	Aprovado por:	Data:
Gabinete de Gestão da Qualidade	14/07/2021	Gestora da Qualidade	14/07/2021	Coordenadores Respetivas Valências	15/07/2021

Modelo 001 | MOD 001