



FICHA DE RENOVAÇÃO

CRE JAI CRF

Data da Renovação: _____ N.º do Utente: _____ Apólice n.º: _____

1. Ponto de situação da renovação (a preencher pela Instituição)

Renovada Não Renovada Sala: _____

Especifique: _____

2. Dados de Identificação da Criança (a preencher pela família)

Nome Completo: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ Freguesia/ Concelho: _____ CC n.º: _____

Validade CC: _____ NIF: _____ NISS: _____ N.º Utente Saúde: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ (anos e meses) Sexo: Feminino Masculino

3. Dados de Filiação

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ anos Nacionalidade: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ Telefone/Telemóvel: _____

Email: _____

Hab. Literárias: _____ Profissão: _____

Empresa/ local de Trabalho: _____ Telefone (emprego): _____

Horário de Trabalho: _____ Outros: _____

Nome do Pai: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ anos Nacionalidade: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ Telefone/Telemóvel: _____

Email: _____

Hab. Literárias: _____ Profissão: _____

Empresa/ local de Trabalho: _____ Telefone (emprego): _____

Horário de Trabalho: _____ Outros: _____

4. Composição do Agregado Familiar (Identificação das pessoas que residem com a criança)

Nome	Parentesco	Idade	Profissão

5. Outros Dados

Tem Irmãos a frequentar esta Instituição? Sim Não

Especifique:

6. Documentos a Apresentar

(todos estes documentos deverão ser entregues em fotocópia)

- Boletim de vacinas
- Escalão de abono (só na resposta Creche Familiar)
- Declaração do IRS e nota de liquidação
- Recibos de vencimento 3 meses anteriores à inscrição
- 2 Fotografias
- Situação de Desemprego
 - Declaração do centro de emprego
 - Declaração da Segurança Social
 - Declaração do RSI
- Documento comprovativo da renda ou da prestação mensal (contrato autenticado ou recibo)
- No caso de doença crónica deve fazer-se acompanhar dos seguintes comprovativos:
 - Declaração médica
 - Prescrição mensal
 - Recibo da farmácia
- Declaração de despesas de medicação de uso contínuo (doenças crónicas)
- Despesas com transportes públicos (com NIF)

7. Política de privacidade

Declaro para o efeito previsto no art. 13º do Regulamento Geral de Proteção de Dados, Regulamento (EU) 2016/679, e após ter tomado conhecimento da informação constante da Política de Proteção de Dados Pessoais, prestar o meu consentimento, de forma livre, específica, informada e inequívoca, para o tratamento dos dados por mim fornecidos ao Centro Social de Ermesinde neste ato.

Autorizo

Não autorizo

8. Assinatura e Identificação

Data:

Assinatura:

9. Pelos Serviços Administrativos

(A preencher pela Instituição)

Responsável pela recepção dos documentos:

(assinatura)

Data:

Observações: