

**INFORMAÇÃO**

Contatados pelo Centro Distrital da Segurança Social de Coimbra, a APPACDM da Figueira da Foz respondeu de forma afirmativa ao desafio que lhe foi endereçado, relativamente à abertura excepcional do Centro de Estimulação Precoce da Fontela, nas respostas de creche e jardim de infância.

Perante a situação de emergência atualmente vivida este procedimento é nossa responsabilidade cívica, ética e solidária, dirigida a profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais), forças de segurança e proteção civil.

O **horário** poderá ser a tempo completo, com abertura das 7h30 às 19h30.

Podemos garantir a proximidade da família ao centro através de uma aplicação que permite aceder às rotinas e atividades que as crianças realizam diariamente no centro.

Fisicamente, a estrutura apresenta capacidade para dar uma resposta eficaz ao concelho da Figueira da Foz, assim como os recursos humanos necessário para promover o funcionamento o mais normalizado possível, apresentando um plano de contingência adequado ás circunstâncias e aos requisitos que as orientações da Direção Geral de Saúde recomenda. Dispomos, assim, de um conjunto de meios que à partida se afiguram suficientes



**FICHA DE INSCRIÇÃO**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA** |

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D. N. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

NISS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cód. Sist. Saúde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Doc. Identificação. : \_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **FILIAÇÃO** |

Nome do pai: :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local de Trabalho - especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Horário de Trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Morada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cód .Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Horário de Trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da mãe :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local de Trabalho - especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Horário de Trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Morada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cód .Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Horário de Trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EM CASO DE URGÊNCIA CONTACTAR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **AGREGADO FAMILIAR** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  Nome |  Data de Nasci. |  Estado Civil |  Parentesco |  Profissão |
|  |  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |
|  |  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |
|  |  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |
|  |  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |
|  |  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |
|  |  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |
|  |  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |
|  |  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **SAÚDE** |

A criança tem algum problema de saúde?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se sim, qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Há doenças familiares que ela manifesta? \_\_\_\_Se sim, quais?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A criança tem algum tipo de deficiência? \_\_\_\_Se sim, qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tem alergias? \_\_\_\_\_A quê?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como se manifesta?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A criança está neste momento a ser tratada de alguma doença? \_\_\_\_\_Se sim, qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Outros dados importantes e que não foram colocados nesta ficha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Há algum problema ou cuidado a ter relacionado com a alimentação da criança que queira mencionar?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **DEJECÇÕES E MICÇÕES** |

Usa fralda? Sim◻ Não◻ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Necessita de ajuda para usar a casa de banho? Sim◻ Não◻ Observações:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **HIGIENE** |

Chora quando tem a fralda molhada ou suja? Sim ◻ Não ◻

É alérgico a algum produto? Sim ◻ Não ◻ Se sim, qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lava as mãos sozinha? Sim ◻ Não ◻

Costuma lavar as mãos antes e após as refeições? Sim ◻ Não ◻

Costuma lavar os dentes após as refeições? Sim ◻ Não ◻ Toma flúor? Sim ◻ Não ◻

jecto para dormir? Sim ◻ Não ◻ Se sim, qual/quais?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **OUTRAS INFORMAÇÕES** |

Data provável de admissão \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Horário provável de frequência: Entrada às \_\_\_\_\_\_H. Saída às \_\_\_\_\_\_H.

Quem trás a criança ao Jardim de Infância? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quem a vem buscar?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em caso dos pais estarem separados, a quem legalmente está entregue a criança?

Pai ◻ Mãe ◻ Avós ◻ Outros ◻ Quem?

Quais as pessoas a quem o Jardim de Infância pode confiar a criança?

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parentesco com a criança\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Morada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telef.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tomei conhecimento e aceito as normas previstas no regulamento do Centro de Estimulação Precoce da Fontela.

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