

## FICHA DE PRÉ-INSCRIÇÃO EM RESPOSTA

### Ano letivo 2024/2025

#### A preencher pelos serviços administrativos

Data de pré-inscrição (aaaa/mm/dd)	<input type="text"/>	Pré-inscrição n.º	<input type="text"/>			
Pré-inscrição em	<input type="checkbox"/> Creche	<input type="checkbox"/> Pré-escolar	<input type="checkbox"/> CATL	Gratuito	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<b>Pretende que o utente comece a frequentar o CBEI a partir de</b> (aaaa-mm-dd): <input type="text"/>						
N.º de elementos do agregado familiar que frequentam o CBEI ( <u>excepto o utente desta pré-inscrição</u> ) <input type="text"/>						
N.º Utente:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Creche	<input type="checkbox"/> Pré-escolar	<input type="checkbox"/> CATL	→ Gratuito	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Escalão	<input type="checkbox"/> 1.º	<input type="checkbox"/> 2.º	<input type="checkbox"/> 3.º	<input type="checkbox"/> 4.º	<input type="checkbox"/> 5.º	<input type="checkbox"/> 6.º
N.º Utente:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Creche	<input type="checkbox"/> Pré-escolar	<input type="checkbox"/> CATL	→ Gratuito	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome completo	<input type="text"/>				
Data de nascimento (aaaa/mm/dd)	<input type="text"/>	Género	<input type="text"/>		
A criança tem Necessidades Especiais (saúde, alimentação, etc.)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Se sim, por favor, especifique)					
<input type="text"/>					
Nacionalidade	<input type="text"/>	Cartão de cidadão nacional/estrangeiro n.º	<input type="text"/>		
Título de residência e/ou certidão de nascimento n.º	<input type="text"/>	Validade até (aaaa-mm-dd)	<input type="text"/>		
NIF n.º	<input type="text"/>	NISS n.º	<input type="text"/>	Utente de Saúde n.º	<input type="text"/>
Morada	<input type="text"/>				
Localidade	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Freguesia	<input type="text"/>	Concelho	<input type="text"/>		

#### CONTACTO

Nome	<input type="text"/>	Telefone	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>		

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_