

(A preencher pelos serviços)	RENOVAÇÃO
DATA INSCRIÇÃO ___/___/20___	___/___/___
UTENTE N.º: _____	___/___/___
DATA ENTRADA: ___/___/20___	___/___/___
DATA DE SAÍDA: ___/___/20___	___/___/___
MENSALIDADE: € _____	___/___/___

VALÊNCIA	
	C.A.T.L. – U.P.I.
	C.A.T.L. – REVIVER
	C.A.T.L. - MIMO

**DADOS DO UTENTE**

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

Morada da residência: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

C.C.: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_ N. Utente \_\_\_\_\_ Sist. Saúde: \_\_\_\_\_

**FILIAÇÃO**

Mãe: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

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

Nome do Pai: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

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

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

**OUTROS DADOS RELATIVOS AO UTENTE**

Tem irmãos a frequentar algum CATL	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Quantos: _____
Utente necessita de algum apoio especial	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Especifique: _____
Utente a cargo de:	Pais <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	_____

**CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR**

Parentesco	Nome	Idade	Habilitações

**QUESTÕES DE SAÚDE**

Descrição	Sim	Não
Sarampo		
Varicela		
Papeira		
Hepatite		
Outras: _____		
Alergias: _____		
Necessidades educativas especiais: _____ _____		
Em caso de febre, pretende que seja ministrado algum medicamento: _____		

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

**Em caso de emergência contactar:**

1. (Nome) \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_
2. (Nome) \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_
3. (Nome) \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

**Pessoas a quem o utente pode ser entregue**

Parenteso	Nome	Contacto

**Horário previsto de frequência do CATL**

Dias da Semana	Entrada	Saída

**Necessita da utilização de transporte:** Sim  Não  N/Aplica

