

## Prezado(a) pai/mãe,

Parabéns! Ao escolher um prestador de cuidados infantis familiares licenciado, tomou uma decisão importante de cuidados infantis para si e para a sua família. O Department of Early Education and Care (EEC, ministério da educação e cuidados infantis) convida-o(a) agora a juntar-se numa parceria connosco e com o seu prestador de cuidados infantis familiares no sentido de garantir um ambiente de cuidados infantis de elevada qualidade. Este pacote de inscrição e ficha de factos delineiam as informações que tem de fornecer ao seu prestador de cuidados e dar-lhe-á a conhecer alguns dos principais critérios do EEC concebidos para garantir uma experiência segura, saudável e educacional de cuidados infantis.

No primeiro dia em que a sua criança frequentar os cuidados infantis, terá de entregar ao seu prestador de cuidados uma cópia do pacote de inscrição para cuidados infantis familiares incluso. Sem estes documentos preenchidos, que têm de ser actualizados anualmente, o prestador de cuidados não poderá tomar conta do seu filho. Este requisito garante que o prestador de cuidados dispõe de todas as informações importantes e números de telefone de que irá necessitar para fornecer os melhores cuidados possíveis à sua criança.

Incentivamo-lo(a) a manter um diálogo aberto com o seu prestador de cuidados, uma vez que a comunicação entre os pais e os prestadores de cuidados constitui a base para uma sólida relação de trabalho e para uma boa experiência de cuidados infantis. Antes de preencher o impresso de inscrição do seu filho, leia as informações importantes contidas na ficha de factos para os pais adiante. Não se esqueça, o EEC está sempre disponível como um auxílio tanto para si como para o seu prestador de cuidados.

---

## Procure a licença

O EEC tem parâmetros de qualidade para todos os programas licenciados de cuidados infantis, de modo a garantir um elevado valor educacional, bem como saúde e segurança. Uma licença significa que o prestador de cuidados infantis familiares demonstrou que satisfaz os critérios delineados pelas normas do EEC. Para obter um exemplar das Normas para Cuidados Infantis Familiares do EEC, pode transferi-las a partir do Web site do EEC.

**Inscrição/Capacidade** – Um prestador de cuidados apenas pode tomar conta do número de crianças para o qual esteja licenciado. Pode saber qual a capacidade licenciada do seu prestador de cuidados ao verificar a licença, que está afixada no lar. Tenha em atenção que um prestador de cuidados não pode cuidar de mais de três crianças com idade inferior a dois anos sem um(a) auxiliar. Se tiver quaisquer preocupações ou dúvidas sobre o número de crianças ao cargo do seu prestador de cuidados, debata a situação com o seu prestador de cuidados ou contacte o EEC.

---

## Supervisão

A supervisão é fundamental para preservar a segurança das crianças. Os prestadores de cuidados infantis têm de supervisionar directamente as crianças em todos os momentos. Isto significa que um prestador de cuidados tem de ser capaz de ouvir e ver as crianças sem qualquer interferência.

**Uso de auxiliares** – Se aprovado pelo EEC, um prestador de cuidados pode ter um(a) auxiliar para ajudar a tomar conta das crianças sob cuidados infantis. Um prestador de cuidados tem também de informar os pais ou os tutores das crianças sobre o nome do(a) auxiliar e de quando o(a) auxiliar estará a ajudar o prestador de cuidados com cuidados infantis.

## Informações médicas

Têm de ser fornecidas informações médicas sobre a sua criança ao seu prestador de cuidados no prazo de um mês a contar do dia em que a sua criança começa a frequentar os cuidados. O seu prestador de cuidados irá necessitar de três elementos:

1. Uma declaração de um médico ou profissional de saúde a afirmar que a sua criança efectuou um exame físico há menos de um ano;
2. Comprovativo de que a sua criança foi vacinada conforme recomendado pelo Department of Public Health (DPH, ministério de saúde pública);
3. Se o seu filho tiver nove meses de idade ou mais, uma declaração de um médico ou profissional de saúde que confirme que o seu filho foi sujeito a uma despistagem de envenenamento por chumbo.

**Observação:** O registo de imunização do seu filho tem de ser actualizado e fornecido ao prestador de cuidados, de acordo com o plano de imunização do Department of Public Health. Além disso, o relatório de despistagem de chumbo do seu filho tem de ser actualizado conforme exigido pelas normas do Department of Public Health. Este relatório também tem de ser fornecido ao prestador de cuidados. Se o seu filho estiver em idade escolar, o prestador de cuidados pode aceitar uma declaração por escrito da sua parte em como as informações exigidas se encontram em arquivo na escola da criança.

---

## Segurança

O EEC possui várias normas de licenciamento relacionadas com a segurança num lar de cuidados infantis familiares. A maioria destas normas delinea precauções de segurança comuns, como manter materiais perigosos fora do alcance das crianças, cobrir as tomadas eléctricas, ter um estojo de primeiros socorros, praticar simulações de evacuação, proteger as escadas, janelas ou elementos de aquecimento, afixar números de emergência e manter um espaço interior limpo e livre de perigos. Além disso, o espaço exterior tem de ser seguro e livre de perigos e não deve permitir o acesso a estradas movimentadas, água, materiais de construção, brinquedos enferrujados ou partidos, resíduos, vidros ou tinta a descascar.

---

## Notificação

Por norma, o prestador de cuidados tem de notificar os pais sobre determinadas informações sobre o lar de cuidados infantis familiares. Estas notificações incluem (mas sem limitação): lesões de uma criança, doenças contagiosas introduzidas no lar de cuidados infantis, identificação de outros auxiliares, crianças sob cuidados levadas para fora das instalações, presença de armas de fogo, alterações na composição do agregado familiar, animais de estimação e posições de sono dos bebés.

---

## Currículo e horário diário

O prestador de cuidados tem de executar uma rotina que seja flexível e responda às necessidades e interesses das crianças sob cuidados. A rotina tem de incluir coisas como: responder às necessidades físicas das crianças sob cuidados, trinta minutos de actividade física todos os dias, actividades iniciadas pelas crianças e iniciadas pelo prestador de cuidados e recreio diário ao ar livre, se as condições meteorológicas o permitirem. Além disso, o prestador de cuidados tem de desenvolver um currículo que envolva as crianças em actividades apropriadas ao seu desenvolvimento através do planeamento de experiências específicas de aprendizagem. O currículo tem de incluir coisas como: desenvolver capacidades de auto-ajuda que promovam a independência, oportunidades para adquirir competências de resolução de problemas e de tomada de decisões e capacidades de liderança e oportunidades para aprender sobre uma nutrição adequada, boa saúde e segurança pessoal. O prestador de cuidados também é responsável pelo fornecimento de um ambiente que promova a diversidade cultural, social e individual.

---

## Manter-se envolvido(a)

É importante manter um diálogo aberto com o seu prestador de cuidados infantis familiares e manter um papel activo nos cuidados do seu filho. Efectue visitas com frequência, não só nas horas de levantamento ou entrega, mas também em vários momentos durante o dia do seu filho. É um direito dos pais visitar em qualquer altura e, ao fazê-lo, está a ajudar a promover uma experiência feliz para o seu filho. Cuidados infantis de elevada qualidade são benéficos para toda a sua família. Não se esqueça de que pode sempre contactar o Department of Early Education and Care (EEC, ministério da educação e cuidados infantis) caso tenha dúvidas ou preocupações sobre os cuidados do seu filho.

## Pacote de inscrição em cuidados infantis familiares

Preencha estes impressos na totalidade. Se uma pergunta não se aplicar ao seu filho, escreva "N/A" (não aplicável). Os impressos têm de estar na posse do prestador de cuidados no primeiro dia (ou antes) em que o seu filho começa a frequentar os cuidados. Notifique o seu prestador de cuidados em caso de alteração de quaisquer das informações.

### Informações gerais

Data de admissão \_\_\_\_\_ Data de quitação \_\_\_\_\_

Nome completo da criança \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Número de telefone: \_\_\_\_\_

Aplido \_\_\_\_\_ Língua materna \_\_\_\_\_

Cor dos olhos \_\_\_\_\_ Cor do cabelo \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Alergias/dietas especiais \_\_\_\_\_

Nome do pai/mãe ou tutor(es) \_\_\_\_\_

Endereço de residência (se for diferente) \_\_\_\_\_

Número de telefone: \_\_\_\_\_

### **Localização do pai/mãe ou tutor(es) durante a prestação de cuidados infantis:**

Pai/mãe ou tutor: \_\_\_\_\_

Pai/mãe ou tutor \_\_\_\_\_

Onde: \_\_\_\_\_

Onde: \_\_\_\_\_

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

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

Telemóvel: \_\_\_\_\_

Telemóvel: \_\_\_\_\_

Instruções: \_\_\_\_\_

Instruções: \_\_\_\_\_

### **Contacto de emergência/pessoa de levantamento autorizada**

Em caso de uma emergência em que não possa ser contactado(a), o prestador de cuidados pode contactar as seguintes pessoas (pela ordem indicada), as quais autorizo a levantar o meu filho nas instalações de cuidados infantis.

(1) Nome: \_\_\_\_\_ Morada \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_

(2) Nome: \_\_\_\_\_ Morada \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_

Além disso, autorizo a seguinte pessoa a levantar o meu filho nas instalações de cuidados infantis. (É aconselhável que informe o prestador de cuidados no início do dia quando o seu filho for levantado por uma das pessoas autorizadas.)

Nome \_\_\_\_\_ Morada \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_

**Nome da criança** \_\_\_\_\_

**Assiduidade**

<u>Dia</u>	<u>Hora de entrada</u>	<u>Hora de saída</u>	<u>Dia</u>	<u>Hora de entrada</u>	<u>Hora de saída</u>
Segunda-feira	_____	_____	Sexta-feira	_____	_____
Terça-feira	_____	_____	Sábado	_____	_____
Quarta-feira	_____	_____	Domingo	_____	_____
Quinta-feira	_____	_____			

**Reconhecimento por escrito da recepção da informação na ficha de factos para os pais** (consulte as duas primeiras páginas).

Confirmando que recebi um exemplar das duas primeiras páginas do pacote de inscrição (ficha de factos para os pais) desenvolvido pelo Department of Early Education and Care (EEC, ministério da educação e cuidados infantis)

\_\_\_\_\_  
Pai/mãe ou tutor                      Data

**Notificação de visita pelos pais**

Compreendo que posso visitar este lar de cuidados infantis familiares sem qualquer pré-aviso durante as horas em que o meu filho está sob cuidados.

\_\_\_\_\_  
Pai/mãe ou tutor                      Data

**Pediatra ou origem de cuidados de saúde da criança**

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_

**Informações sobre seguro médico (FACULTATIVO)**

Nome do subscritor: \_\_\_\_\_ N.º da apólice: \_\_\_\_\_  
Tipo de seguro: \_\_\_\_\_

**Nome da criança** \_\_\_\_\_

## Horário e interesses da criança

As informações seguintes sobre as rotinas e actividades do seu filho irão ajudar o seu prestador de cuidados a fornecer-lhe os melhores cuidados possíveis. Se uma pergunta não se aplicar, escreva "N/A" (não aplicável)

**Alimentação:** Horário \_\_\_\_\_  
Alimentos de que gosta e não gosta \_\_\_\_\_  
Alergias alimentares \_\_\_\_\_

**Dormir:** Horário de sesta \_\_\_\_\_  
Descreva o período irrequieto do seu filho, caso aplicável \_\_\_\_\_

Descreva quaisquer circunstâncias ou necessidades especiais (por exemplo: animal de peluche, história, humor ao acordar, etc.) \_\_\_\_\_

A sua criança dorme num(a): berço? \_\_\_\_\_ cama? \_\_\_\_\_  
A sua criança dorme: de costas? \_\_\_\_\_ de lado? \_\_\_\_\_ de barriga para baixo? \_\_\_\_\_

**Observação:** A American Academy of Pediatrics (academia norte-americana de pediatria) determinou que colocar um bebé de costas para dormir reduz o risco de Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL). A SMSL é a morte súbita e inexplicável de um bebé com menos de um ano de idade. Se o seu filho normalmente não dormir de costas, contacte imediatamente o seu pediatra para debater a melhor posição de sono para o seu bebé. Demore também o tempo necessário para debater a posição de sono do seu filho com o seu auxiliar. O seu prestador de cuidados irá colocar o seu bebé de costas para dormir, a não ser que uma ordem médica por escrito especifique uma posição contrária.

**Idas à casa de banho:** O seu filho está habituado a utilizar a casa de banho? \_\_\_\_\_  
Horário: \_\_\_\_\_  
Descreva quaisquer problemas recorrentes com idas à casa de banho ou muda de fraldas \_\_\_\_\_

**Alergias:** A sua criança sofre de quaisquer alergias (alimentos, medicamentos, insectos, etc.)? Em caso afirmativo, são necessários cuidados especiais? Indique também instruções específicas para o seu prestador de cuidados relativamente a alergias do seu filho.

Descreva os sintomas das alergias do seu filho \_\_\_\_\_

**Recreio:** Actividades favoritas: Interior \_\_\_\_\_  
Exterior \_\_\_\_\_

**Medos:** Descreva quaisquer medos que o seu filho possa ter \_\_\_\_\_

**Orientação infantil:** Descreva os passos que dá ao gerir o comportamento do seu filho em casa:

**Necessidades especiais:** Descreva quaisquer necessidades médicas, físicas ou emocionais que o seu filho possa ter:

Acrescente quaisquer informações sobre o seu filho que pense poder ajudar o prestador de cuidados a tomar conta do seu filho:

Nome da criança \_\_\_\_\_

## Autorizações

**Autorização geral** (os pais não devem assinar esta autorização a não ser que lugares específicos onde o seu filho está autorizado a ir sejam indicados pelo seu prestador de cuidados.) Através da assinatura deste impresso, autorizo que o meu filho seja levado para fora das instalações de cuidados infantis.

Através da presente, autorizo \_\_\_\_\_ a levar o meu filho \_\_\_\_\_  
(prestador de cuidados/auxiliar)

para fora das instalações do lar de cuidados infantis familiares para as seguintes excursões: (Lugares específicos aos quais o seu filho está autorizado a ir): \_\_\_\_\_

recorrendo aos seguintes métodos de transporte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai/mãe ou tutor

\_\_\_\_\_  
Data

**Não quero que o meu filho seja levado para fora das instalações de cuidados infantis.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai/mãe ou tutor

\_\_\_\_\_  
Data

---

**Tratamento médico de emergência** (o Department of Early Education and Care [EEC, ministério da educação e cuidados infantis] recomenda que verifique junto do seu hospital local se esta declaração é ou não aceitável)

Através da presente, autorizo \_\_\_\_\_ a administrar primeiros  
(prestador de cuidados/auxiliar)

socorros e/ou RCP a ao meu filho \_\_\_\_\_ e/ou a levar o meu filho a um hospital para receber tratamento médico quando eu não estiver contactável ou quando qualquer demora possa ser perigosa para a saúde do meu filho.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai/mãe ou tutor

\_\_\_\_\_  
Data

---

**Medicação tópica/pomadas** (indique apenas os medicamentos/pomadas que permite que o prestador de cuidados aplique na pele do seu filho): Exemplos: protector solar, repelente de insectos, pomada após a muda de fraldas.

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

## Cartão de informações de emergência

**ADVERTÊNCIA:** *Este cartão de informações de emergência deve ser incluído no estojo de primeiros socorros do prestador de cuidados. O prestador de cuidados tem de levar materiais de primeiros socorros quando sair das instalações dos cuidados infantis.*

Nome da criança: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço de residência da criança: \_\_\_\_\_

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

### **Instruções para contactar o pai/mãe ou tutor**

1. \_\_\_\_\_  
(Nome, morada, n.º de telefone de casa e telemóvel)

2. \_\_\_\_\_  
(Nome, morada, n.º de telefone de casa e telemóvel)

### **Informações de contacto do pediatra ou da origem de cuidados de saúde**

1. \_\_\_\_\_  
(Nome do médico, morada, n.º de telefone)

### **Pessoa(s) de contacto em caso de emergência**

1. \_\_\_\_\_  
(Nome, morada, n.º de telefone de casa e telemóvel)

2. \_\_\_\_\_  
(Nome, morada, n.º de telefone de casa e telemóvel)

### **Tratamento médico de emergência**

Através da presente, autorizo \_\_\_\_\_  
(Nome do prestador de cuidados/auxiliar)

a administrar primeiros socorros básicos e/ou RCP ao meu filho \_\_\_\_\_  
(Nome)

e/ou a levar o meu filho \_\_\_\_\_ a um hospital para receber tratamento  
(Nome)

médico quando eu não estiver contactável ou quando qualquer demora possa ser perigosa para a saúde do meu filho.

\_\_\_\_\_  
Pai/mãe ou tutor \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

### **Informações sobre seguro médico (facultativo)**

Nome do subscritor: \_\_\_\_\_

Tipo de seguro: \_\_\_\_\_

Número da apólice: \_\_\_\_\_

Outras informações médicas pertinentes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ser completado por médico da criança

Dear Physician:

\_\_\_\_\_ is enrolled in a family child care home which is licensed by the Department of Early Education and Care. The Department of Early Education and Care regulations require that the Medical History form be completed and signed by the child's physician or source of health care. Additionally, evidence that the child has been successfully immunized in accordance with the current Department of Public Health's recommended schedules must be submitted and signed by the physician or source of health care. Evidence of a physical exam is valid for one year from the date the child was examined and shall be renewed annually thereafter.

IDENTIFICATION

Name of Child: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_

Name of Parents/Guardians: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Date of Examination of Child: \_\_\_\_\_

What is your opinion concerning the child's general health and appearance: \_\_\_\_\_

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

Has this child been screened for lead poisoning? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If Yes, Date screened: \_\_\_\_\_

Does this child have any disabilities or chronic medical problems (allergies, limited vision, etc.) which require special consideration or care by the child care provider? If so, please detail below:

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

Physician's Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Comments: \_\_\_\_\_

**Please return this form and the child's immunization record to:**

Name of Provider: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**THE PROVIDER MAY ACCEPT FROM THE PARENTS OF SCHOOL AGE CHILDREN A WRITTEN STATEMENT THAT THE REQUIRED INFORMATION IS ON FILE WITH THE CHILD'S SCHOOL.**