

FICHA DE PRÉ-INSCRIÇÃO (P.4.2 - C - CR)

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO GLOBAL DOS CANDIDATOS A UTENTE

(QUEIRA PREENCHER OS CAMPOS APENAS COM LETRAS MAÍSCULAS)

Candidatura CAO CEP LAR Inscrição Nº

Dados Pessoais	Nome (completo):									
	Morada (completa):									
	Localidade:				Código Postal:			Telf/Tlm:		
	Nacionalidade:			Naturalidade:			Data Nascimento:			Idade:
	CC nº:			Data Emissão:				Local Emissão:		
	Contribuinte nº:				E-mail:					
	Serviço Segurança Social que apoia o candidato:									

Nome da Mãe (tutora)	Nome Mãe (tutora):									
	Morada (completa):									
	Localidade:				Código Postal:			Telf/Tlm:		
	Nacionalidade:			Naturalidade:			Data Nascimento:			Idade:
	CC nº:			Data Emissão:				Local Emissão:		
	Contribuinte nº:				Habilitações Literárias:					
	Profissão:				E-mail:					

Nome do Pai (tutor)	Nome Pai (tutor):									
	Morada (completa):									
	Localidade:				Código Postal:			Telf/Tlm:		
	Nacionalidade:			Naturalidade:			Data Nascimento:			Idade:
	CC nº:			Data Emissão:				Local Emissão:		
	Contribuinte nº:				Habilitações Literárias:					
	Profissão:				E-mail:					

Questionário	O Problema do meu filho, segundo os médicos, surgiu:												
	Durante o período da gravidez		<input type="checkbox"/>	Na altura do parto		<input type="checkbox"/>	Depois do nascimento		<input type="checkbox"/>				
	Devido a:												
	O meu filho tem ataques		Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Usa Cadeira de Rodas		Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	
	Preencha com um círculo em torno do número correspondente:												
	Escala:	Nada	0	Muito Mal	1	Mal	2	Mais ou Menos	3	Bem	4	Muito Bem	5
	O meu filho consegue:												
	Comer sozinho	0	1	2	3	4	5						
	Usar casa de banho	0	1	2	3	4	5						
	Vestir-se sozinho	0	1	2	3	4	5						
Deslocar-se sozinho na rua	0	1	2	3	4	5							
Orientar-se sozinho nos transportes	0	1	2	3	4	5							
Usar o dinheiro	0	1	2	3	4	5							

Questionário	Falar com as outras pessoas	0	1	2	3	4	5	
	Ajudar nas tarefas de casa	0	1	2	3	4	5	
	Executar tarefas profissionais	0	1	2	3	4	5	
	Relacionar-se com as outras pessoas	0	1	2	3	4	5	

Ensino	O meu filho frequentou:	Sim	Não	Instituição
	- Jardim Infantil			
	- Ensino Regular			
	- Ensino Especial			
	- Classe Sensorial			
	- Classe Escolaridade			
	- Ensino Pré-Profissional			
	- Formação Profissional			
	Área Profissional de aprendizagem			
	Neste momento o meu filho encontra-se:			
Em Casa	<input type="checkbox"/>	Instituição	<input type="checkbox"/>	Qual:
Porque quer mudar de Instituição?				

Irmãos	Nome	Idade	Profissão

Porquê o Elo Social?	O ELO SOCIAL era importante para o problema do meu filho porque:

(ASSINALE COM UM S (SIM) OU N (NÃO))

Pretende Ajudar	Eu proponho-me a ajudar voluntariamente o ELO em:				
		Sim	Não		
	Arranjar sócios contribuintes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Colaborar em tarefas várias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Qual o seu tempo disponível				Assinatura do Responsável	

(A PREENCHER PELOS SERVIÇOS DO ELO SOCIAL)

Pelos Serviços	Parecer:	Ligeiro	<input type="checkbox"/>	Médio	<input type="checkbox"/>	Profundo	<input type="checkbox"/>	
	Observações:							
	Data: ____/____/____				O Funcionário			