

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

Nome completo: _____		Sexo: _____	
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade: _____ Anos	Ocupação: _____	
Morada: _____ _____			
Código Postal _____		Concelho _____	
Contactos telefónicos: _____			
N.º Identificação Civil _____	N.º Cartão de Utente (SNS) _____	N.º Identificação Segurança Social (NISS) / Outro Subsistema de Proteção Social _____	N.º Identificação Fiscal (NIF) _____

**IDENTIFICAÇÃO DOS PROGENITORES E RESPONSÁVEIS LEGAIS**

**PROGENITORES**

Nome do pai: _____		Data de Nascimento: ____/____/____	
Habilitações Literárias: _____		Profissão / Ocupação: _____	
Morada: _____ _____			
Código Postal _____		Concelho _____	
Contactos telefónicos: _____			
Nome da mãe: _____		Data de Nascimento: ____/____/____	
Habilitações Literárias: _____		Profissão / Ocupação: _____	
<i>PREENCHER APENAS SE A MORADA FOR DIFERENTE DA DO PAI</i>			
Morada: _____ _____			
Código Postal _____		Concelho _____	
Contactos telefónicos: _____			
Situação civil dos progenitores: <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Outra _____			

**RESPONSÁVEIS LEGAIS**

O(a) candidato(a) é responsável pelos seus próprios atos e tomada de decisões?  Sim  Não

Se respondeu negativo, quem são os responsáveis legais do(a) candidato(a)?

Os pais  O pai  A mãe  Outro(s) \_\_\_\_\_

A PREENCHER NO CASO DOS RESPONSÁVEIS LEGAIS NÃO SER NENHUM DOS PROGENITORES – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL:

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

Data de nascimento: ____/____/____	Parentesco / Relação: _____
Habilitações Literárias: _____	Profissão / Ocupação: _____

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

Código Postal \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_

Contactos telefónicos: \_\_\_\_\_

**ENCAMINHAMENTO E INSCRIÇÃO**

O(a) candidato(a) foi encaminhado por alguma Entidade / Instituição?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
O(a) candidato(a) foi encaminhado por amigos ou conhecidos (rede informal)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
O(a) candidato(a) não foi encaminhado e o próprio ou responsáveis legais é que se dirigiram à Instituição por já a conhecerem.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
O(A) candidato / responsável legal veio acompanhado(a) de carta de encaminhamento?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
O(A) candidato / responsável legal veio acompanhado(a) de relatório médico / documento comprovativo do diagnóstico?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

Nome da pessoa / Entidade ou Instituição que encaminhou  
\_\_\_\_\_

Profissão e Ligação com o(a) candidato(a) \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_

Contacto(s) telefónico(s) \_\_\_\_\_

Motivo(s) da Inscrição \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Há alguém da relação próxima do(a) candidato(a) / responsáveis com algum tipo de problemática?	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Quem? _____
Há alguém da relação próxima do(a) candidato(a) / responsáveis a frequentar esta Instituição?	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Quem? _____

Refira quais as necessidades e prioridades que mais sente.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Expresse as expectativas ou aspirações em caso de admissão e atendimento como cliente na Instituição.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORMAÇÃO SOBRE A DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE(S)**

O(a) candidato(a) possui Atestado Médico de Incapacidade Multiuso ou Relatório / Informações Médicas de Diagnóstico?	
Sim <input type="checkbox"/>	Especificar _____
Não <input type="checkbox"/>	Reunir condições de entrega de relatório médico de diagnóstico antes do momento formal de admissão.
Síntese dos relatórios/ informações: _____	
_____	

**VALIDADE E TERMO DE ACEITAÇÃO DA INSCRIÇÃO**

A Ficha de Inscrição será válida até ocorrer alguma alteração significativa relacionada com a identificação ou caracterização do(a) candidato(a) ou significativos. Declaro, para os devidos efeitos, que tomei conhecimento e me comprometo a informar a Associação de Paralisia Cerebral de Viana do Castelo, sempre que ocorram essas alterações.

Data: ____/____/____	Assinatura do(a) Candidato(a) / Encarregado de Educação / Representante Legal ou outro significativo
	_____

DATA: SANTA MARTA DE PORTUZELO, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20 \_\_\_\_\_