|  |  |
| --- | --- |
|  | **VEM PARA O MEIO**  **Férias para Pais de Pessoas com Deficiência – 2019** |

**Ficha de inscrição**

**(Enviar até 14 de junho de 2019 via email ou correio)**

Diocese de: \_\_\_\_\_Diocese\_\_\_\_\_\_\_\_ Paróquia de: \_\_\_\_\_\_\_Nome da Paróquia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dados Pessoais**

Nome completo: \_\_\_\_\_Nome Completo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ Fez a 1ª Comunhão: 

Morada completa: \_\_\_Morada Completa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel./Tlm: \_Número de Telefone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nomes Pai: \_\_Nome Completo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mãe: \_\_Nome Completo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A pessoa portadora de deficiência passa as noites habitualmente em casa com a família? 

Frequenta alguma escola/centro? Qual? \_\_Escola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vai ficar acompanhado? Acompanhante \_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Doença**

Está estabilizada: Nome da doença: \_\_Nome da doença \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias conhecidas a alimentos e/ou medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_Alergias conhecidas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Deficiência:  Especifique o tipo: \_\_Tipo de deficiência\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Autonomia nas atividades diárias** (assinale com X) | Independente | Dependente parcial | Totalmente dependente | Observações |
| Higiene |  |  |  | Obs |
| Alimentação |  |  |  |
| Locomoção |  |  |  |
| Usa cadeira de rodas? | | | |
| Outras ajudas necessárias: | | | | |

Terapias habituais: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_Terapias\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Terapias de S.O.S. (cardíacos, epiléticos, etc.): \_\_S.O.S.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Turno***  ***Pretendido*** | ***Maiores de 21 anos*** | ***dos 7 aos 21 anos, inclusive*** |
| 1.ª semana de 20 de julho a 26 de julho | 2.ª semana de 30 de julho a 5 de agosto |
| 3.ª semana de 7 a 13 de agosto |
| 4.ª semana de 16 a 22 de agosto |
| 5.ª semana de 24 a 30 de agosto |

**IMPORTANTE: A presente inscrição deverá ser completamente preenchida e acompanhada pela informação clínica anexa.**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2019**Assinatura do responsável** (Pai/Mãe): \_\_Assinatura do Pai / Mãe / Tutor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_