

**CAFAP – Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental**

DATA DA SINALIZAÇÃO ___/___/___	
CRIANÇA/JOVEM Nome: _____ Menor habita com: _____ Morada: _____ Localidade: _____ Freguesia: _____	Data de Nascimento ___/___/___ Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
FILIAÇÃO Pai Nome: _____ Contactos: _____ Morada: _____ Localidade: _____ Freguesia: _____	
FILIAÇÃO Mãe Nome: _____ Contactos: _____ Morada: _____ Localidade: _____ Freguesia: _____	
OUTROS Nome: _____ Contactos: _____ Morada: _____ Localidade: _____ Freguesia: _____	
RESPONSABILIDADE PARENTAL Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Outro: _____ Nome: _____ NISS do responsável legal: _____ Morada: _____ Obs.: _____ Localidade: _____ Freguesia: _____ Contactos: _____	
DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DE SINALIZAÇÃO _____ _____ _____ Pedido: _____ _____ Motivo: _____ _____ _____	
ENTIDADE SINALIZADORA Nome: _____ Responsável: _____ Morada: _____ Contacto: _____ Localidade: _____ Freguesia: _____ Nº Processo Tribunal: _____	