

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

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