



# SANTUÁRIO DE FÁTIMA

## PROPOSTA DE INSCRIÇÃO / QUESTIONÁRIO

ACTIVIDADE: **FÉRIAS PARA PAIS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA - 2013**

A actividade desenvolver-se-á em quatro períodos.  
Assinale com uma  o período desejado.

Enviar até 30 de Junho de 2013 para:

MOVIMENTO DA MENSAGEM DE FÁTIMA,  
Santuário de Fátima  
Apartado 31  
2496-908 Fátima

- De 01 a 07/Agosto/2013 – Deficientes com mais (+) de 7 e até aos 20 anos (inclusive);

- De 10 a 16/Agosto/2013

- De 20 a 26/Agosto/2013

- De 29/Agosto a 04/Setembro/2013

- Deficientes com mais (+) de 21

Nome da pessoa com deficiência: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Pai/Mãe \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**Fez a 1ª Comunhão ?**

Sim

Não

Com **ACOMPANHANTE?** Sim

Não

Parentesco \_\_\_\_\_

Nome do Acompanhante \_\_\_\_\_

**DOENÇA:**

Estável

Instável

Especificar tipo \_\_\_\_\_

**DEFICIÊNCIA:**

Física

Psíquica

Especificar tipo \_\_\_\_\_

**AUTONOMIA PARA AS ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA:** (ex. higiene, alimentação, locomoção)

Independente

Totalmente dependente

Está em cadeira de rodas: **Sim**

**Não**

Precisa de ajuda para:

**- higiene** **Sim**

**Não**

**- vestir-se** **Sim**

**Não**

**- comer** **Sim**

**Não**

Mais ajuda: \_\_\_\_\_

**TERAPIA HABITUAL:** \_\_\_\_\_

**TERAPIA DE URGÊNCIA:** (ex. em caso de cardíacos, epiléticos, etc.) \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE – A presente proposta deverá ser total e devidamente preenchida.**

O participante deverá fazer-se acompanhar de: **nota do médico de família, medicamentos** para toda a estadia e **fotocópias do Cartão de Utente do Serviço Nacional de Saúde e do Bilhete de Identidade.**

Data:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/2013

Assinatura do responsável (pai/mãe): \_\_\_\_\_