FAMILIAR

No caso de ter um familiar portador de deficiência, faça download do seguinte boletim e envie para pais-em-rede@hotmail.com

# PAIS-EM-REDE

## TESTEMUNHOS

Áreas onde sente maior necessidade de intervenção:
(Pode assinalar mais do que uma)

- Apoio à família desde o início ☐
- Saúde ☐
- Intervenção precoce ☐
- Educação e integração profissionais ☐
- Futuro, face à velhice ou morte dos progenitores ☐

Problemas que tem tido desde que o/a seu/sua filho/a, neto/a, irmão/ã nasceu:

# PROPOSTA DE ASSOCIADO

**DADOS DO ASSOCIADO:**

Nº _____
A preencher pela Associação

Nome

Data de nascimento

B.I.

NIF

Morada

Código postal

Localidade

E-mail

Telefone (ou TLM)

**DADOS DO FAMILIAR:**

Grau de parentesco (com a pessoa portadora de deficiência)

Nome da pessoa (portadora de deficiência)

Tipo de deficiência

Data de nascimento

Instituição ou escola que frequenta

CONTRIBUIÇÃO FACULTATIVA

☐ Única ☐ Mensal ☐ Anual

**Formas de pagamento**

☐ Transferência bancária (Nib: 0007 0000 0066 8571 0462 3)

☐ Cheque nº _____

☐ Outros _____

ESTÁ INTERESSADO EM RECEBER INFORMAÇÃO SOBRE O MOVIMENTO PAIS-EM REDE?

☐ Sim ☐ Não