

2) INSTITUIÇÕES: TUTOR (SE APLICÁVEL)

NOME DO TUTOR: [

PROFISSÃO: [

IDADE: []

BI/CC

OU

PASSAPORTE:

DATA DE VALIDADE: []

TELF/TELEMÓVEL: [] EMAIL: [

MORADA: [

RESPONDER APENAS NO CASO DE CRIANÇA/JOVEM COM DOENÇA CRÓNICA:

DADOS DO MÉDICO (A PREENCHER NA TOTALIDADE PELOS MÉDICOS)

NOME: []

APELIDOS: [

ESPECIALIDADE: []

HOSPITAL: [

TELF/TELEMÓVEL: []

FAX: [

EMAIL: [

DESCRIÇÃO DA DOENÇA DO BENEFICIÁRIO

RESPONDER APENAS NO CASO DE CRIANÇA/JOVEM INSTITUCIONALIZADO:

Nome da Instituição []

Há quanto tempo está na instituição? [

DADOS RELEVANTES SOBRE A CONDIÇÃO SOCIAL, FAMILIAR, EMOCIONAL E ECONÓMICA DA CRIANÇA/JOVEM

Observações:

ENQUADRAMENTO DO COMPORTAMENTO/SITUAÇÃO DE RISCO

Observações:

INDICADORES DE RISCO MAIS EVIDENCIADOS PELO CANDIDATO

1. INDICADORES PESSOAIS PSICO AFETIVOS

- Baixa autoestima
- Auto desvalorização
- Características depressivas / Depressão
- Ansiedade
- Agressividade / Irritabilidade
- Hiperatividade e Deficit de atenção
- Desmotivação face à vida e ao futuro
- Ausência de esperança

2. INDICADORES PESSOAIS EDUCACIONAIS

- Desmotivação face à escola
- Absentismo e abandono escolar

3. INDICADORES PESSOAIS SOCIAIS

- Comportamento antissocial
- Isolamento social
- Problemas de relacionamento interpessoal

INFORMAÇÕES SOBRE O CANDIDATO

O QUE TOMA EM CASO DE FEBRE, DORES DE BARRIGA, OUVIDOS, DENTES OU CABEÇA?

É ALÉRGICO A ALGUMA COISA? (MEDICAMENTO, ALIMENTO, OUTRO)

EXPLIQUE BREVEMENTE TRÊS POSSÍVEIS SONHOS DA CRIANÇA/JOVEM/IDOSO CANDIDATO:

1.º |

|

2.º |

|

3.º |

|

NOTA: Os sonhos indicados neste quadro são meramente indicativos, uma vez que o sonho a realizar poderá não ser este. Existe um processo de validação do sonho por parte das nossas equipas de sonho, junto do candidato, o que quer dizer que o sonho poderá ser outro

PORQUE CONSIDERA RELEVANTE E IMPORTANTE A REALIZAÇÃO DO SONHO DO CANDIDATO?

COMO CONHECEU A TERRA DOS SONHOS?

ATRAVÉS DE UM AMIGO

ATRAVÉS DE UM HOSPITAL (MÉDICOS, ENFERMEIROS, ASSISTENTES SOCIAIS)

ATRAVÉS DE OUTRA ASSOCIAÇÃO DE SOLIDARIEDADE

ATRAVÉS DE IMPRENSA

OUTROS |

OBSERVAÇÕES:

É MUITO IMPORTANTE O FACTOR SURPRESA PARA CONCRETIZAR O SONHO, POR ISSO
GUARDE O SEGREDO ATÉ AO ÚLTIMO MOMENTO.

OBRIGADO!

ESTE FORMULÁRIO PODE SER ENVIADO ATRAVÉS DE E-MAIL PARA:

Mariana Martins - marianamartins@terradossonhos.org

OU, EM ALTERNATIVA, PARA O SEGUINTE ENDEREÇO:

RUA MÉCIA MOUZINHO DE ALBUQUERQUE, N° 1, 1300-391 LISBOA