



FORMULÁRIO DE CANDIDATURA À REALIZAÇÃO DE SONHOS
(PREENCHER EM MAIÚSCULAS)

REQUISITOS:	Sim	Não
✓ Tem entre 4 e 18 anos ou mais de 65 anos?		
✓ Tem uma doença crónica?		
✓ É acompanhado por alguma instituição?		
✓ O candidato tem dificuldade em comunicar?		
✓ Já realizou algum sonho através de outra instituição?		

Data recepção TDS: / /
Data para alocação da equipa: / /
Data prevista de realização (2M): / /
Data para alarme (3M): / /
Data para decisão sobre passagem do sonho (4M): / /
(A preencher pela Terra dos Sonhos)

<u>DADOS DO CANDIDATO</u>		
NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:	DE	NASCIMENTO:
GÉNERO:		
MORADA:		
CÓDIGO POSTAL:		
LOCALIDADE:		
BI/CC OU PASSAPORTE:		
DATA DE VALIDADE:		
EMITIDO EM:		
RESPONDER APENAS NO CASO DE CRIANÇA/JOVEM COM DOENÇA CRÓNICA:		
<u>DADOS DO MÉDICO (A PREENCHER NA TOTALIDADE PELOS MÉDICOS)</u>		
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

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

DADOS A INDICAR EM AMBOS OS CASOS

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

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

DADOS DOS RESPONSÁVEIS

1) FAMILIAR

NOME MÃE: |

PROFISSÃO: |

IDADE: |

BI/CC OU PASSAPORTE:
DATA DE VALIDADE: |

TELF/TELEMÓVEL: | EMAIL: |

NOME PAI: |

PROFISSÃO: |

IDADE: |

BI/CC OU PASSAPORTE:
DATA DE VALIDADE: |

TELF/TELEMÓVEL: | EMAIL: |

N.º DE IRMÃOS: |

SE SIM: JÁ ALGUM IRMÃO VIU O SEU SONHO REALIZADO PELA TERRA S SONH
SIM NÃO

OUTRO FAMILIAR: |

COLOCAR UM X SE FOR O RESPONSÁVEL LEGAL |

PROFISSÃO: |

IDADE: |

BI/CC OU PASSAPORTE:
DATA DE VALIDADE: |

TELF/TELEMÓVEL: | EMAIL: |

2) INSTITUIÇÕES: TUTOR (SE APLICÁVEL)

NOME DO TUTOR: |

PROFISSÃO: |

IDADE: |

BI/CC OU PASSAPORTE:
DATA DE VALIDADE: |

TELF/TELEMÓVEL: | EMAIL: |

DADOS DO PROPONENTE

NOME: |

RELAÇÃO COM O CANDIDATO: |

MORADA : |

CÓDIGO POSTAL: | LOCALIDADE: |

TELF/TELEMÓVEL 1: | TELF/TELEMÓVEL 2: |

EMAIL :
HORAS PARA CONTACTAR: |

ESTÁ DISPOSTO A COLABORAR COM A ASSOCIAÇÃO TERRA DOS SONHOS: SIM:
NÃO: |

EXPLIQUE BREVEMENTE TRÊS POSSÍVEIS SONHOS DA CRIANÇA OU JOVEM 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 A ESTA CRIANÇA/JOVEM?

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:

Francisca Nunes- fnunes@terradossonhos.org

OU, EM ALTERNATIVA, PARA O SEGUINTE ENDEREÇO:

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