

FICHA DE REFERENCIAÇÃO

Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental

Associação Integrar

A preencher pelos serviços:

Nº Processo: ____/____/____

Data: ____/____/____

Data de Referência ____/____/____

Entidade Referenciadora _____

Técnico que Referencia _____

Telefone _____

Telemóvel _____

Email: _____

IDENTIFICAÇÃO

Criança _____

Data de Nascimento ____/____/____

B.I./C.C. _____

Pai _____

Data de Nascimento ____/____/____

B.I./C.C. _____

Mãe _____

Data de Nascimento ____/____/____

B.I./C.C. _____

Responsável pela Criança _____

Data de Nascimento ____/____/____

B.I./C.C. _____

Morada _____

Telefone _____

Telemóvel _____

Email _____

COMPOSIÇÃO E ESTRUTURA DO AGREGADO FAMILIAR (GENOGRAMA)

PEDIDO DE INTERVENÇÃO (FUNDAMENTAÇÃO)

INTERVENÇÕES REALIZADAS/ENTIDADES ENVOLVIDAS

OBJETIVOS DA REFERENCIAÇÃO (ENQUADRAMENTO NO CAFAP)

FATORES DE PROTEÇÃO E FATORES DE RISCO OBSERVADOS

Fatores de Proteção

Fatores de Risco

--	--

OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES PARA O ENQUADRAMENTO DA SITUAÇÃO

Nota: A Ficha de Referenciação deve ser acompanhada de Relatório Psicossocial.

Assinatura do Responsável pela Referenciação _____