

1. Dados Entidade encaminhadora

Entidade

Morada

Técnico/a Contactos

2. Dados relativos à Criança/Jovem

Nome

Data Nascimento

Morada

Ano Escolaridade e Estabelecimento Ensino

Identificação do agregado familiar

| Nome | Estado Civil | Grau Parentesco | Data Nascimento | Escolaridade | Profissão | Situação Profissional | Contactos |
|------|--------------|-----------------|-----------------|--------------|-----------|-----------------------|-----------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

3. Identificação da/s pessoa/s agressora/s

Nome

Morada. A mesma? Sim Não Qual?

Relação com a criança/jovem

4. Breve descrição da situação

5. Outras informações

Existe sinalização na CPCJ/EMAT? Sim Não

Breve descrição de medidas de promoção e proteção aplicadas:

Existe Regulação das Responsabilidades Parentais? Sim Não Não se aplica

Se sim, a quem . Se não, encontra-se a decorrer? Sim Não

Houve adesão positiva desta criança/jovem e dos seus responsáveis legais para o encaminhamento para a Resposta de Apoio Psicológico de Crianças e Jovens (RAP) do GAF? Sim Não

Observações

6. Intervenções e outros serviços

| Serviço | Nome Profissional/ais | Tipo Apoio Prestado (ex. Educação, Saúde, Ação Social, Justiça) | Contactos | Data Intervenção |
|---------|-----------------------|---|-----------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

A preencher pela **RAP – Projeto Caça Sonhos**.

Data Psicóloga

Nota: Preencher a ficha e enviar para rap@gaf.pt. Para mais informações contacte-nos através do 258 829 138.