|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do Cliente** (Nome da pessoa que se pretende pré-inscrever) |  |
| **Data de nascimento** |  |
| **Contacto** |  |
| **Morada** |  |
| **Código Postal** |  |
| **BI/CC** |  |
| **NISS** |  |
| **NIF** |  |
| **SNS** |  |
| **Nome dos filhos da pessoa que se pretende pré-inscrever** | **Contacto** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Agregado Familiar** (Com quem vive a pessoa que se pretende pré-inscrever) |
| **Nome** | **Idade** | **Grau de Parentesco** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Tipo de ajudas técnicas (bengala, andarilho)** |  |
| **Problemas de Saúde** |  |
| **Nome da pessoa que efetua a pré-inscrição** |  |
| **Contacto da pessoa que efetua a pré-inscrição** |  |
| **Grau de parentesco entre a pessoa que efetua a pré-inscrição e a pessoa que pretende inscrever** |  |

**Obrigada pela sua pré-inscrição!**

**Posteriormente serão solicitados os documentos necessários para efetivar a INSCRIÇÃO.**

**Entregar/enviar esta ficha devidamente preenchida, através de um dos seguintes contactos:**

* Rua da Fonte Velha, nº 43, 5000-033 Andrães
* cspandraes@gmail.com

|  |
| --- |
| A PREENCHER PELA INSTITUIÇÃO |
| Data: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_  | Recebido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |