



FICHA DE PRÉ-INSCRIÇÃO

CAARPD – Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social para Pessoas com Deficiência ou Incapacidade

Nome:

Data de Nascimento:

Local de Residência:

Contacto Telefónico:

E-mail:

Diagnóstico/Condição de Saúde:

Tem Atestado Médico de Incapacidade Multiuso? Sim Não

Qual o motivo deste contacto?

Como teve conhecimento do CAARPD?

Tem horário preferencial para contacto?