



Associação Vidas Cruzadas

Instituição Particular de Solidariedade Social
Entidade de Utilidade Pública - Tramagal

Proposta de Apadrinhamento

Identificação da Criança:

Nome: _____

Filiação: _____

Morada: _____

Contacto: _____

Necessidade Identificada: _____

Responsáveis legais consentem no apadrinhamento: Sim _____

Descrição da Situação: _____

Situação Económica:

| Receitas: | Despesas: |
|-----------|-----------|
| € | € |

Custo previsto para a acção de Apadrinhamento:

_____ €

Identificação do Serviço/ Entidade:

Nome da Instituição: _____

Nome do Responsável/ Técnico: _____

Contacto telefónico: _____

E-mail: _____

Tipo de Acompanhamento Efectuado à Família pela Entidade: _____

Data: ___/___/201__

Assinatura: _____



Projecto de Apadrinhamento de
Crianças do Concelho de Abrantes



Um Projecto
CAFAP