Cuestionario de disponibilidad para el Programa de Acogimiento Familiar Temporal (Acofamt)

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

APELLIDOS NOMBRE APELLIDOS NOMBRE DOMICILIO

DATOS DE CONTACTO (teléfono y correo electrónico)

Dada la trascendencia del contenido de este cuestionario, debe ser suficientemente reflexionado y madurado, pues de no aceptar un ofrecimiento ajustado a lo reflejado, tendría la grave consecuencia de la revisión de la certificación de adecuación, de acuerdo con el decreto regional nº 372/2007de 30 de noviembre.

*MARCA QUE CON UN CIRCULO- CRUZ LA CASILLA QUE CORRESPONDA A SU RESPUESTA EN CADA CASO*

# Rango de edad del niño, niña o adolescente que aceptaría:

 0- 3 años  4-6 años  7-10 años  11-13 años  14-17 en adelante

# Aceptaría grupo de hermanos/as:

Sí

No

 En caso de que sí, ¿aceptaría bebé?

Sí

No

# Aceptaría acoger a un niño/a o adolescente con dificultades físicas?

Sí

No

# Aceptaría acoger a un niño/a o adolescente con discapacidad intelectual?

Sí

No

# ¿Aceptaría acoger a un niño/a o adolescente con alguna enfermedad crónica?

Sí

No

#  ¿Aceptaría acoger a un niño/a o adolescente con discapacidad sensorial?

Sí

No

1. ¿Aceptaría acoger a un niño/a o adolescente con enfermedad infecto contagiosa?

Sí

No

# Observaciones:

Murcia, a de de

Fdo.: Fdo.: