



Ficha de Saúde

Identificação do/a participante

Nome: _____
N.º Identificação Civil: _____ N.º Utente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Identificação do Encarregado de educação

Nome: _____
Grau de parentesco: _____ Contacto Telefónico: _____

Dados de saúde

Tem algum problema de saúde? Sim Não

Qual? _____

Tem dificuldade de mobilidade? Sim Não

Qual? _____

Tem problemas respiratórios? Sim Não

Tem problemas cardíacos? Sim Não

Toma medicação diária? Sim Não

Qual? _____

Outro problema de saúde que queira mencionar: _____

Tem alguma alergia/intolerância? Sim Não

Qual? _____

Tem alguma alergia/intolerância alimentar? Sim Não

Qual? _____

Tem alergia ao cloro? Sim Não

Outras informações

Declaração

Declaro que: dou o meu consentimento explícito e informado para efeito de tratamento dos dados pessoais constantes do presente documento com a finalidade de participação nas atividades promovidas pelo Município.

Nota: Para mais informações consulte a Política de Privacidade do Município em www.famalicao.pt/politica-de-privacidade ou contacte o Encarregado de Proteção de Dados através do endereço eletrónico dpo@famalicao.pt.

Data: ____/____/20____

(Encarregado de Educação)