Verão 2019

FICHA CLÍNICA

A preencher pelo(s) representante(s) legal(is) d@ participante

Nome d@ participante _____

_____

Sexo Masc. ☐ Fem. ☐ Data de nascimento ___/___/___

Utente n.º _____ Instituição _____

@ participante sabe nadar? Sim ☐ Não ☐

Antecedentes: Asma ☐ Enurese ☐ Alergias ☐

Quais? _____

_____

_____

_____

_____

Doença crónica ou que mereça cuidados especiais _____

_____

_____

_____

_____

Medicação: Toma medicamentos habitualmente? ☐

Quais? _____

_____

_____

_____

_____

Posologia _____

_____

_____

_____

_____

Data ___/___/___ Assinatura _____

ATENÇÃO: esta ficha deve ser entregue/enviada à APCC até 7 dias antes do início da atividade escolhida