

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

