



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

Toma conhecimento

O Município de Vila Nova de Famalicão utiliza os dados pessoais constantes neste requerimento para dar resposta ao pedido, instruir o respetivo processo, prestar informações sobre assuntos do Município e para fins estatísticos. 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)