



## FICHA CLÍNICA

### Dados do participante

Nome:

Contacto(s) telefónico(s):

 / 

Data Nascimento:

N.º BI/CC/Passaporte:

Sistema de Saúde:

N.º utente:

(SNS, ADSE, outro)

Alergias ou patologias a salientar:

  

Toma algum tipo de medicação?

Qual?

### Informação Complementar

Encarregado de educação:

Profissão:

Contacto(s) telefónico(s):

 / 

### Observações

  
  

*Nota: O original deste documento deverá ser entregue ao monitor no primeiro dia de atividades.*