



FICHA CLÍNICA

Dados do participante

Nome:

Contacto(s) telefónico(s):

/

Data Nascimento:

N.º Passaporte:

Validade:

Alergias ou doenças a salientar:

Toma algum tipo de medicação?

Qual?

Informação Complementar

Nome do responsável:

Profissão:

Contacto(s) telefónico(s):

/

Observações

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