



## Ficha de Inscrição

Aluno nº _____	Federado nº _____
----------------	-------------------

Nome: _____	Foto
Endereço: _____	
Cód. Postal: _____ - _____ Localidade: _____ País: _____	
Telf.: _____ E-mail: _____	
BI/ Cartão Cidadão nº: _____ NIF nº _____ Data de Nascimento: ____/____/____	



Em caso de emergência contactar: Nome e nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Preencher em caso do aluno ser menor:

Nome do Pai: _____
Endereço: _____
Cód. Postal: _____ - _____ Localidade: _____ País: _____
Telm.: _____ Telf.: _____ E-mail: _____
BI/ Cartão Cidadão nº: _____ NIF nº _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____
Cód. Postal: _____ - _____ Localidade: _____ País: _____
Telm.: _____ Telf.: _____ E-mail: _____
BI/ Cartão Cidadão nº: _____ NIF nº _____

Nome do Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cód. Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Telm.: \_\_\_\_\_ Telf.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

BI/ Cartão Cidadão nº: \_\_\_\_\_ NIF nº \_\_\_\_\_

#### Dados Clínicos e Desportivos:

Idade: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Leia cuidadosamente e preencha o formulário desta ficha com a maior fidelidade possível.

Responda sim ou não

1. É sedentário? \_\_\_\_\_
2. Tem conhecimento da sua pressão arterial? \_\_\_\_\_
3. Se sim. Quais os valores? \_\_\_\_\_
4. Tem conhecimento do seu colesterol? \_\_\_\_\_
5. Se sim. Quais os valores? \_\_\_\_\_
6. É fumador? \_\_\_\_\_
7. Já fumou? \_\_\_\_\_
8. Se sim. Deixou de fumar há quanto tempo? \_\_\_\_\_
9. Toma algum medicamento? \_\_\_\_\_
10. Se sim. Qual ou quais? \_\_\_\_\_

#### Historial Clínico

Responda sim ou não

1. Tem problemas cardíacos? \_\_\_\_\_
2. Tem asma? \_\_\_\_\_
3. Tem alergias? \_\_\_\_\_
4. Se sim. Qual ou quais? \_\_\_\_\_
5. Tem bronquite? \_\_\_\_\_
6. Tem anemia? \_\_\_\_\_
7. Tem diabetes? \_\_\_\_\_
8. Já foi submetido a alguma intervenção cirúrgica? \_\_\_\_\_
9. Se sim. Qual ou quais? \_\_\_\_\_
10. Já teve alguma fractura? \_\_\_\_\_
11. Se sim. Onde? \_\_\_\_\_
12. Já teve alguma lesão músculo-esquelética? \_\_\_\_\_

13. Se sim. Qual ou quais? \_\_\_\_\_
14. Tem ou já teve (sublinhe em caso afirmativo) desordens músculo-esqueléticas, alterações emocionais, dores articulares, escoliose, hiperlordose, atitude cifótica, lombalgia, cervicalgia, epilepsia, hérnia discal, espondilose, gravidez, outras

### Historial Desportivo

Responda sim ou não

1. Pratica regularmente uma ou mais actividades desportivas? \_\_\_\_\_
2. Se sim. Qual ou quais: \_\_\_\_\_
3. Já praticou alguma actividade desportiva? \_\_\_\_\_
4. Se sim. Qual ou quais: \_\_\_\_\_
5. Há quanto tempo não pratica actividade física? \_\_\_\_\_

Modalidade pretendida: Surf       Body Board

Declaro que os dados supra mencionados são actuais e verdadeiros estando verdadeiramente apto/a para a pratica desportiva. Tomei conhecimento do regulamento da escola.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
O Aluno/ Enc. de Educação

\_\_\_\_\_  
A Escola