

# FICHA DE SAÚDE

## DADOS PESSOAIS

Nome : \_\_\_\_\_

Data de Nascimento : \_\_\_\_\_ Local : \_\_\_\_\_

## CONTACTOS EM CASO DE EMERGÊNCIA

Contacto 1 : \_\_\_\_\_ Telefone : \_\_\_\_\_

Contacto 2 : \_\_\_\_\_ Telefone : \_\_\_\_\_

## FORMAÇÃO ESCOLAR

Nome da Escola : \_\_\_\_\_ A frequentar o : \_\_\_\_\_

## DADOS DE SAÚDE

Sistema de Saúde : \_\_\_\_\_ Nº de Beneficiário : \_\_\_\_\_

Data da última vacina antitetânica: \_\_\_\_\_

## ALERTAS DE SAÚDE

Asma : \_\_\_\_\_ Epilepsia : \_\_\_\_\_ Diabetes : \_\_\_\_\_

Alergias : \_\_\_\_\_ Quais : \_\_\_\_\_

Outro problema de saúde (descreva) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicação regular (nome, dose, frequência) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Restrições alimentares por motivos de saúde (quais?) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Deverá ser proibido, ou restringido, de participar em algum tipo de actividade escutista ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Foi enviado para o escutismo por motivo terapêutico? Qual ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Encarregado de Educação

\_\_\_\_\_