



UNIVERSIDADE  
**LUSÓFONA**  
DO PORTO

## Ficha Clínica

### Dados do/a participante:

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

Sexo: \_\_F \_\_M

Data de nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

BI / Cédula / Passaporte: \_\_\_\_\_

Sistema de Saúde (SNS, ADSE, Medis, etc.) \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Validade da vacina anti-tetânica: \_\_\_\_\_

Médico/a de Família: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_

### Contactos em caso de emergência:

Pessoa de Contacto (nome e grau de parentesco): \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Telemóvel: \_\_\_\_\_

## **Observações Clínicas relevantes**

(incluindo alergias, doenças respiratórias, cardíacas, etc.):

---

## **Medicamentos que toma regularmente (se aplicável):**

---

## **Cuidados com a alimentação (se aplicável):**

---

## **Outras observações:**

---

## **Assinatura do/a encarregado/a de educação<sup>1</sup>**

\_\_\_\_\_  
(Assinatura conforme BI/Cartão de Cidadão)

**Data:**

### **Documentação necessária:**

- Fotocópia do cartão de beneficiário
- Fotocópia do boletim de vacinas

---

<sup>1</sup> A ficha pode ser assinada pelo/a próprio/a participante, desde que o/a mesmo/a tenha idade igual ou superior a 18 anos.