

Ficha de Inscrição

Nome do Participante: _____

Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ Nacionalidade: _____

Nº BI/CC/Passaporte: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____

Contacto Telefónico: _____ e-mail: _____

Tem problemas respiratórios (asma, renite, sinusite)? Sim _____ Não _____

Se Sim, quais? _____

Tem alergias? Sim _____ Não _____

Se Sim, descreva quais: _____

O participante toma, regularmente, medicação? Sim _____ Não _____

Se sim, descreva quais e para que efeito:

Faz exercício físico com regularidade? Sim ___ Não ___

Se sim, descreva a (s) Actividade (s): _____

Já efectuou alguma cirurgia? Sim ___ Não ___

Se sim, descreva: _____

(Todos os itens são de preenchimento obrigatório)

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura do Participante: _____