

\*Denominação do Medicamento:

\*Modo de administração:

\*Dose:

\*Horário:

\*Denominação do Medicamento:

\*Modo de administração:

\*Dose:

\*Horário:

\*Denominação do Medicamento:

\*Modo de administração:

\*Dose:

\*Horário:

\*Limitações/ Contra Indicações Clínicas que impeçam a prática de actividade física (futebol, natação, corridas, etc...)

\*Se sim, indicar qual/ quais:

Sim  Não

Outras observações que considere importantes referir:

## 5- Identificação do Encarregado de Educação ou Responsável Legal pela Inscrição da Criança/ Jovem Participante

\* Nome Completo:

\* Morada: (Rua, Av, Prç, Lugar)

\* Código Postal:  -

\* Localidade:

\* Telefone Residencial:  \* Telemóvel:

\* Telefone Comercial:  \* Outro:

\* Grau de Parentesco com o participante:

\*Email:

\* (NIF) Número de Identificação Fiscal :

## 6- Outros Responsáveis Autorizados a Contactar a Criança

\* Nome:

\* Grau de Parentesco com o participante:

\* Telefone Residencial:  \* Telemóvel:

\* Telefone Comercial:  \* Outro:

\* Tipo de Contacto com as crianças/jovens: Telefónico  Entrega  Recolha