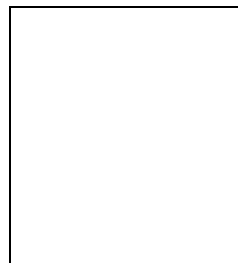




### QUESTIONÁRIO MÉDICO/FICHA INFORMATIVA

(esta ficha informativa deverá ser preenchida e entregue em conjunto com a Ficha de Inscrição e o Termo de Responsabilidade)



FOTO

Nome completo: .....

(Nome): .....

(Apelido)

(Nome próprio)

Data início: .....

Data final: .....

**Nota: Enquanto aluno da WE SURF – Surf School vai desenvolver atividades físicas que envolvem algum risco pessoal. É um requisito legal que antes de começar qualquer actividade deste tipo que seja preenchida a seguinte ficha médica. A informação que nos facultar irá contribuir para a sua segurança e vai-nos permitir estruturar de uma forma efetiva o programa de treino para cada um.**

#### **(A) Informações pessoais**

Idade: .....

Data nascimento: .....

Nacionalidade: .....

Morada: .....

Código Postal: ..... - .....

Telefone N°: .....

Contacto N°: .....

(emprego)

Altura: .....

Peso: ..... (KG)

#### **Responda sinceramente às seguintes questões:**

Como se sente em termos de forma física?

(Faça um círculo à volta da escolha)

**Excelente forma**

**Em forma**

**Fraca**

**Má**



Como descreve as suas capacidades de natação?

(Faça um círculo à volta da escolha)

**Excelentes**

**Boas**

**Más**

É fumador? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Se sim, quantos cigarros fuma em média por dia? \_\_\_\_\_

Praticou/pratica outros desportos? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Se sim, que modalidade(s)? \_\_\_\_\_

Já praticou: Surf Bodyboard Longboard

Se sim, durante quanto tempo? \_\_\_\_\_ Tem fato? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

**(B) CONTACTOS: (quem deve ser contactado em caso de emergência – Por favor indique 2 contactos)**

Nome: .....

( Nome e Apelido)

Nome: .....

(Nome e Apelido)

Relacionamento: .....

(Pai/Mãe/Outro)

Relacionamento: .....

(Pai/Mãe/Outro)

Morada: .....

Morada: .....

Código Postal: ..... - .....

Código Postal: ..... - .....

Tel. Casa: (Inc. contactos internacionais)

Tel. Casa: (Inc. contactos internacionais)

.....

.....

Trabalho/Móvel: .....

Trabalho/Móvel: .....

**(C) ESTADO DE SAÚDE ACTUAL**

1. O seu médico prescreveu alguma medicação nos últimos 3 meses? Se sim descreva os detalhes:



## 2. TRATAMENTOS E MEDICAÇÃO

Está actualmente a receber algum tratamento ou medicação

- (a) Depressão ou outro problema mental ou nervoso Sim/Não
- (b) Problemas de coração Sim/Não
- (c) Diabetes Sim/Não
- (d) Epilepsia Sim/Não

## 3. OUVIDOS

Sofre de alguma deficiência ou dificuldade auditiva Sim/Não

## 4. SINAIS PARTICULARES

### 1. Visão

- (a) Sofre de alguma deficiência ou dificuldade de visão Sim/Não
- (b) Sofre algum defeito na visão das cores Sim/Não

### 2. Músculos e Ossos

- (a) Tem alguma reestrição nos movimentos Sim/Não
- (b) Tem alguma reestrição no pescoço e costas Sim/Não
- (c) Sofre de alguma fraqueza recorrente de lesão nas articulações, membros (braços/pernas), costa ou pescoço Sim/Não

### 3. Alergias

- (a) Sofre de algumas alergias Sim/Não
- (b) Sofre de Asma Sim/Não

### 4. Dificuldades de aprendizagem

- (a) É dislexico Sim/Não
- (b) Tem alguma dificuldade de aprendizagem Sim/Não

### 5. Doenças e Impedimentos

- (a) Sofre de alguma doença ou impedimento que não tenha sido mencionado Sim/Não



6. Se respondeu Sim a algumas das questões anteriores

por favor especifique abaixo, e descreva a mesma em pormenor:

#### **(D) HISTORIAL MÉDICO**

1. Já alguma vez sofreu ou recebeu tratamento para uma das opções abaixo indicadas

- |  |         |
|--|---------|
| <b>(a)</b> Depressão/Doença mental   | Sim/Não |
| <b>(b)</b> Problemas de Coração (cirurgia ao coração/arritmia/<br>doença das artérias/pressão sanguínea) | Sim/Não |
| <b>(c)</b> Desmaio ou perda súbita de consciência  | Sim/Não |
| <b>(d)</b> Lesões na cabeça que resultaram em efeitos posteriores<br>ou cirurgia ao cérebro              | Sim/Não |
| <b>(e)</b> Doença de Parkinson ou Esclerose múltipla   | Sim/Não |
| <b>(f)</b> Diabetes  | Sim/Não |
| <b>(g)</b> Epilepsia   | Sim/Não |
| <b>(h)</b> Álcool ou dependência de drogas   | Sim/Não |



2. Deve indicar abaixo quaisquer outros factores médicos que possam afectar o seu treino e a segurança durante as aulas com a **WE SURF – Surf School**.

3. Há algum factor medicinal que considere incapaz de incluir neste modelo mas que gostaria de discutir com um membro do staff

**Sim/Não**

### **(E) DECLARAÇÃO**

Eu declaro que a informação prestada acima é verdadeira e que não estou a omitir ou falsear qualquer tipo de informação.

Tenho conhecimento que a omissão ou falseamento das informações prestadas resultam da suspensão imediata das aulas sem reembolso possível.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Informação importante:** Como tomou conhecimento da **WE SURF – Surf School**?

---

---

---