FICHA DE DADOS PESSOAIS E MÉDICOS POR ATLETA

Nome completo:	
Categoria:	**Telefone:**

Tipo Sanguíneo:	**Fator RH:**
Data de Nascimento:	**Idade:**
Peso:	**Altura:**

Em caso de emergência, pessoa para contato:	
Telefone:	
Tem seguro saúde?	**Qual?**
Telefone:	

Alergias (medicamentos, comidas e picadas): ( ) sim ( ) não
Em caso positivo relacione a alergia, a reação e o medicamento:

Uso de Medicamentos:
Relacione os medicamentos de uso regular, incluindo: (Dosagem; Freqüência; Início do tratamento e efeitos colaterais)

Fumante? ( ) sim ( ) não
Observações adicionais:

Assumo a responsabilidade sobre a veracidade das informações aqui prestadas.

Aracaju (SE) ,_____de _____, 2013

Assinatura:

_____