

Distrito: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Contribuinte: \_\_\_\_\_

Data Nascimento (dia/Mês/Ano): \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

N.º Doc. Identificação: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_

Passaporte: NÃO  SIM  Validade: \_\_\_\_\_

Título Residência: NÃO  SIM  Validade: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Contacto Emergência (nome e telefone): \_\_\_\_\_

### PRÁTICA DESPORTIVA

Inexistente  Pontual  Regular no Passado  Regular actualmente

Prática desportiva : Futebol  Futsal  Outros Desportos  Posição? \_\_\_\_\_

Quais? \_\_\_\_\_

### FORMAÇÃO / EMPREGO

Estuda: SIM  NÃO  Escolaridade: \_\_\_\_\_

Trabalha: SIM  NÃO  Full-Time  Part-Time

Experiência Profissional: \_\_\_\_\_

### SITUAÇÃO HABITACIONAL

LAR DE INFÂNCIA E JUV.  CENTRO DE ACOLHIMENTO  CASA NÃO LEGALIZADA  CASA OCUPADA

PENSÃO  QUARTO SUBARRENDADO  HABITAÇÃO SOCIAL  HABITAÇÃO DE AMIGOS  HABITAÇÃO

DE FAMILIARES  HABITAÇÃO ARRENDADA  OUTRA  QUAL? \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÃO CLÍNICA

Doenças infecto-contagiosas: SIM  NÃO  QUAIS? \_\_\_\_\_

Outras Doenças: SIM  NÃO  QUAIS? \_\_\_\_\_

Alergias: SIM  NÃO  QUAIS? \_\_\_\_\_

Restrições Alimentares: SIM  NÃO  QUAIS? \_\_\_\_\_

Medicação / Tratamento: SIM  NÃO  QUAL? \_\_\_\_\_

Consumos activos: SIM  NÃO  Quais? \_\_\_\_\_

Nº Sistema Nacional Saúde: \_\_\_\_\_ Centro Saúde: \_\_\_\_\_

Contactos Médicos: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÃO JURIDICO-PENAL

Já esteve em situação de reclusão? SIM  NÃO

Tipos de Crime: \_\_\_\_\_

Penas aplicadas: \_\_\_\_\_

Técnico Responsável pelo Acompanhamento na Entidade: \_\_\_\_\_

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