



Número

Disciplina: Futebol Andebol Outra:

Foto
Photo

Dados do Atleta

Nome
First Name

Apelido
Last Name

Sexo M F
Gender

Data de Nascimento
Date of Birth dd-mm-aaaa
dd-mm-yyyy

B.I., Céd., Pass.
I.D., Passport

Data Emissão
Issue Date dd-mm-aaaa
dd-mm-yyyy

Arquivo
Issued by

Válido até
Valid through dd-mm-aaaa
dd-mm-yyyy

Naturalidade
Place of Birth

Nacionalidade
Nationality

Morada
Address

Código Postal -
Post Code

Freguesia
Parish

Concelho
County

Distrito
District

Telefone
Telephone

Telemóvel
Mobile

Email

Establ. Ensino
School attended

Ano
Year

Turma
Class

Nº. Alunos
Nº. of students

Tamanhos de Roupa

Clothing sizes

Camisola
Shirt

Calções
Shorts

Meias
Socks

Fato Treino
Warm-up Suit

Calçado
Footwear

Informação Médica

Medical Information

Grupo Sanguíneo
Blood Type

Nº Benef. Seg. Social
Social Security Nº

Cartão do Utente (SNS)
Port. Public Health Service Nº

Doenças sofridas / Known diseases

Bronquites
Bronchitis

Asma
Asthma

Diabetes
Diabetes

Otitis
Otitis

Sopro cardíaco
heart murmur

Osgood-Schlatter

Sarampo
Measles

Papeira
Mumps

Varicela
Chickenpox

Rubéola
Rubella

Outra
Other

Lesões sofridas
Previous Injuries

Medicação habitual
Regular Medication

Medicação SOS
Emergency Medication

Já esteve hospitalizado? Porquê?
Have you been hospitalized? Cause of hospitalization?

Sistema de Saúde ou Seguro / Health Insurance

ADMA

ADME

ADMFA

SAMS

ADSE

CTT

PT

SSMJ

MÉDIS

Advance Care

Outra
Other

Nome do Titular
Beneficiary Name

Nº Benef. ou Apólice
Insurance Nº

Agregado Familiar

Pai / Father

Nome
First Name

Apelido
Surname

Actividade Profissional
Profession

Telefone Casa
Home telephone

Telefone Emprego
Office Telephone

Telemóvel
Mobile

Email

Mãe / Mother

Nome
First Name

Apelido
Surname

Actividade Profissional
Profession

Telefone Casa
Home telephone

Telefone Emprego
Office Telephone

Telemóvel
Mobile

Email

Declaração

DECLARO, COMO RESPONSÁVEL LEGAL DO ALUNO SUPRA IDENTIFICADO, QUE AUTORIZO A SUA INSCRIÇÃO NA ASSOCIAÇÃO ACADEMIA ALTO DA E QUE TENHO CONHECIMENTO DAS REGRAS GERAIS DE INSCRIÇÃO, EM PARTICULAR DAS CONDIÇÕES DO SEGURO OBRIGATÓRIO PELO QUAL ESTÁ ABRANGIDO E PRAZO DE LIQUIDAÇÃO DAS MENSALIDADES. MAIS DECLARO QUE CONFORME MINHA ESPECIAL OBRIGAÇÃO (DL 05/2007) ASSEGURO QUE O ALUNO SUPRA INDICADO NÃO APRESENTA QUAISQUER CONTRA-INDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA ACTIVIDADE ESCOLHIDA.

Nome Completo
Full Name

Assinatura _____
Signature

Pai
Father

Mãe
Mother

Tutor
Other responsible

Data
Date dd-mm-aaaa
dd-mm-yyyy

Serviços

A preencher pelos serviços

Recebido por

em dd-mm-aaaa

Lançado por

em dd-mm-aaaa