



Campo de Treino **EvoluIR** 2015
22 a 29 de Agosto 2015

Tocha

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome _____

Morada completa _____

Código Postal _____ - _____, _____ Telemóvel _____

E-mail _____

Nº de Beneficiário (cartão saúde) _____

Data de Nascimento ____/____/____ Contacto em caso de urgência _____

É Afectado com Spina Bífida? Sim Não Tem Hidrocefalia Sim Não Tem Válvula/Shunt Sim Não

Outras doenças _____ Alergias _____

Medicação que precisa de tomar _____

Alguma situação de saúde a assinalar? _____

Alguma Dieta especial? _____

Utiliza auxiliares de marcha (canadianas/cadeira de rodas/talas)? Sim Não se sim qual? _____

Grau de autonomia nas Actividades de Vida Diária: explique a necessidade de ajuda colocando uma cruz X no número correspondente ao que consegue fazer, sendo **1 Sem ajuda** e o **5 Muita ajuda**

Higiene/ banho (tomar banho/lavar-se) Sem ajuda **1** **2** **3** **4** **5** Muita ajuda

Vestir Sem ajuda **1** **2** **3** **4** **5** Muita ajuda

Calçar Sem ajuda **1** **2** **3** **4** **5** Muita ajuda

Algaliação Sem ajuda **1** **2** **3** **4** **5** Muita ajuda

Eliminação intestinal Sem ajuda **1** **2** **3** **4** **5** Muita ajuda

Transferência da Cama =>Cadeira Sem ajuda **1** **2** **3** **4** **5** Muita ajuda

Transferência para sanita Sem ajuda **1** **2** **3** **4** **5** Muita ajuda

Transferência para banheira Sem ajuda **1** **2** **3** **4** **5** Muita ajuda

Pratica ou já praticou alguma modalidade desportiva? Sim Não

Se Sim, qual ou quais? _____

Se praticou e interrompeu qual a razão? _____

O que o motivou a inscrever-se neste evento? (importante) _____

Declaro que a minha situação de saúde está conforme as minhas respostas, não tendo ocultado à organização qualquer dado relevante sobre o meu estado de saúde.

Declaro ainda ter conhecimento de que qualquer situação que não tenha sido referida na inscrição pode originar a interrupção da minha participação no Campo de Treino EvoluIR.

Data: ___ / ___ / _____

(Assinatura)

Declaro que autorizo a captação e utilização de imagens no decorrer das actividades do Campo de Treino EvoluIR nas quais participo, com o fim de ilustrar ou informar sobre estas actividades, quer nos meios de comunicação da Associação (revista, site ASBIHP, ou blog etc.), quer junto dos patrocinadores deste evento.

Data: ___ / ___ / _____

(Assinatura)

Observações:

O preenchimento completo e verdadeiro desta ficha é obrigatório; os dados são objecto de confidencialidade;

Se a morada estiver incompleta ou ilegível a inscrição considera-se anulada.

O “*Contacto em caso de urgência*” servirá para que alguém seja avisado caso ocorra alguma situação que o justifique.

Documentos a enviarem obrigatoriamente com esta ficha:

- Fotocópia de cartão de beneficiário (cartão de saúde)
- Fotocópia do Bilhete de Identidade ou Cartão do Cidadão

RECEPÇÃO (a preencher pelos serviços da ASBIHP)

Data de Entrada: _____ Nº de ordem: _____

Nome do receptor: _____

Rubrica: _____