



FICHA MÉDICA

Equipe	
Nome Completo	
Telefone Contato	
Nome do seu Médico	

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

Em caso de emergência, pessoa p/contato:	
Telefone para contato:	
Tem seguro Saúde? () Sim () Não	Qual?

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; Frequência; Início do tratamento e efeitos colaterais)

Fumante? () sim () não

Condição física atual:

Frequência de treinos, semanal:	
Atividades:	

Observações adicionais:

Assumo a responsabilidade sobre a veracidade das informações aqui prestadas.

Natal, _____ de _____, 2010.

Assinatura