



Data de Inscrição: ___ / ___ / 200__

N.º Inscrição _____

Dados Pessoais

Nome: _____

Data de Nascimento: ___ / ___ / 19__ Telefone: _____

Morada: _____ Localidade _____

Código Postal _____ Tel. em caso de Urgência _____

Prática Desportiva

Pratica alguma actividade desportiva? _____

Se sim, qual? _____

Já praticou alguma actividade desportiva? _____

Se sim, qual? _____ Quando deixou de praticar? _____

Dados Médicos

Tem alguma doença crónica? _____ Se sim, qual? _____

Está a tomar algum medicamento? _____ Se sim, quais? _____

Dados de Inscrição

Núcleo: _____ Actividade: _____

Dias da Semana? _____ Horário: _____

Observações

Declaro que tomei conhecimento e concordo com as Condições de Participação no Programa de Desporto Sênior da Câmara Municipal de Torres Vedras.
É minha responsabilidade consultar o meu médico de família para me assegurar que não tenho nenhum impedimento de saúde para a prática da actividade física .

(Assinatura)