



Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Telefone: _____

Nome da Mãe: _____

Profissão: _____ Idade: _____

Nome do Pai: _____

Profissão: _____ Idade: _____

Encarregado de Educação

Pai

Mãe

Outra Pessoa

Se assinalaste outra pessoa indica:

Nome: _____

Parentesco: _____ Profissão: _____ Idade: _____

Como te deslocas para o Centro? _____

Quanto tempo demoras de casa ao Centro? _____

Saúde

Tens alguns dos seguintes problemas:

Dificuldades:	Visuais		Auditivas		Motoras		De linguagem	
Doenças:	Crónica		Alérgica		Outra		Qual?	_____

Já foste operado? Sim Não Se sim quando e a quê? _____

Medidas Antropométricas

Altura: _____ cm

Peso: _____ kg

(Pode ser fotocopiado)