



Município de Alcácer do Sal



Sector do Desporto

“PELA SUA SAÚDE PRATIQUE DESPORTO”

PROGRAMA DE NATAÇÃO PARA REFORMADOS E CASOS ESPECIAIS

FICHA DE INSCRIÇÃO

NOME: _____	IDADE ____	DATA DE NAC. ____/____/____
LOCALIDADE: _____	CONTACTO. _____	
Nº DO B.I. _____	Nº CONTRIBUINTE _____	
D. MÉDICA: SIM __ NÃO __ HOR.: 9 ÀS 10 <input type="checkbox"/> 10. ÀS 11 <input type="checkbox"/> 11 ÀS 12 <input type="checkbox"/> 11 ÀS 12 <input type="checkbox"/>		
RECOMENDAÇÕES ESPECIAIS: _____		

INDICE DE MASSA CORPORAL

MÊS	ALTURA	PESO	IMC	OBSERVAÇÕES
OUTUBRO				
NOVEMBRO				
DEZEMBRO				
JANEIRO				
FEVEREIRO				
MARÇO				
ABRIL				
MAIO				
JUNHO				

ASSINATURA
