

Identificação	
Nome: _____	Data Nascimento: _____
B.I./Cartão Cidadão: _____	Nº Contribuinte: _____
Contacto telefónico: _____	E-mail: _____
Contacto em caso de emergência: _____	
Qual a semana em que quer inscrever-se?	1ª Opção: _____
	2ª Opção: _____
	3ª Opção: _____

Informações Gerais de Saúde e Dieta Alimentar	
<b>Sofre de alguma Alergia ou Intolerância Alimentar?</b>	
Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo, especifique: _____	
<b>É necessária alguma dieta específica?</b>	
Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo, especifique: _____	
<b>Toma medicação regular?</b>	
Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo, especifique os horários: _____	
<b>Tipo de Mobilidade</b>	
Marcha sem apoio <input type="checkbox"/> Marcha com apoio <input type="checkbox"/> Cadeira de Rodas Manual <input type="checkbox"/> Cadeira de Rodas Elétrica <input type="checkbox"/>	
Assinale se precisa de apoio na condução da cadeira de rodas manual <input type="checkbox"/> <b>Se sim, não esquecer trazer o Carregador!</b>	
<b>Auxiliares Terapêutica Respiratória</b>	
Ventilador <input type="checkbox"/> BiPap <input type="checkbox"/> Cough-Assist <input type="checkbox"/>	

Autonomia e Apoio Necessário					
Preencha o quadro seguinte, colocando um x na resposta que mais se adequa à sua situação. Sempre que use ajudas técnicas especifique-as. Outras informações relevantes deverão ser preenchidas no final da tabela.					
Atividades ↓	Consegue			Não Consegue	Observações
	Sozinho	Ajudas Técnicas Quais?	Com Apoio		
Transferências					
Movimentar-se na cama					
Levantar-se da cama					
Sentar					
Estar de pé					

## Autonomia e Apoio Necessário

Preencha o quadro seguinte, colocando um x na resposta que mais se adequa à sua situação. Sempre que use ajudas técnicas especifique-as. Outras informações relevantes deverão ser preenchidas no final da tabela.

Atividades ↓	Consegue			Não Consegue	Observações
	Sozinho	Ajudas Técnicas Quais?	Com Apoio		
Vestir / Calçar					
Pentear					
Ir à casa de banho					
Tomar banho					
Lavar os dentes					
Controlar saliva					
Tossir					
Falar de forma audível					
Comer alimentos sólidos					
Usar os talheres					
Beber					
Usar o telefone					
Usar transportes públicos					

Outras informações que considere relevantes acerca da sua autonomia/bem-estar?

Tem algum problema onde seja necessário algum cuidado específico?

Caso tenha alguma dúvida no preenchimento desta Ficha de Inscrição, contacte-nos através do e-mail [info@apn.pt](mailto:info@apn.pt) ou dos telefones 226160568 e 915438193.

A participação nas diversas atividades promovidas pela APN na “Casa da Sãozinha e do Manel” pressupõe a autorização de todos os participantes, a título gratuito, e nos termos da Lei, da captação da imagem e voz, em suporte físico ou digital, bem como a divulgação nos demais canais da associação, tais como *facebook* e *site*.

