



FICHA DE EXAME MÉDICO PARA USO DAS PISCINAS

ACER – ASSOCIAÇÃO CULTURAL E ESPORTIVA DE REGISTRO

() SÓCIO Nº _____

() VISITANTE Nº _____

NOME: _____

EST. CIVIL: _____

NASCIMENTO: _____

/

/

MASC. () FEM. ()

PELE: _____

GARGANTA: _____

BOCA: _____

OLHOS: _____

PÉS: _____

REG.PUDENTA: _____

ALGUMA DOENÇA CONTAGIOSA? ()SIM () NÃO

QUAL? _____

OBS. MÉDICAS: _____

=====

APTO PARA USO DA PISCINA? ()SIM () NÃO

EXAME EM: ____/____/____

(Validade de 3 meses)

APTO: VÁLIDO ATÉ ____/____/____

=====

ASS. DO MÉDICO COM CARIMBO _____