

Ficha de inscrição

Paróquia _____

Nome _____ Data Nasc. ___/___/___

Morada _____

Contacto _____ Instituição _____

Modo de deslocação: carro próprio ambulância outro, qual? _____

Problemas de saúde: _____

Terapêutica _____

Terapêutica de urgência: não sim qual? _____

Alergias: sim não quais? _____

Necessita de: cadeira de rodas maca

ACOMPANHANTE

Nome _____ Contacto _____

MÉDICO ASSISTENTE

Nome _____ Contacto _____

Unidade de Saúde _____

Inscrição até ao dia 4 de Setembro de 2017

Entregar na sua Paróquia

A recolha desta informação é da inteira responsabilidade do Departamento Arquidiocesano da Pastoral da Saúde e destina-se exclusivamente ao acompanhamento clínico na Peregrinação dos Frágeis. Assegura a confidencialidade.

