

ANEXO III.1

Declaração Médica

Nome do candidato

Data de Nascimento |__|__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

BI/CC n.º _____ Validade ____/____/____

Estado Civil _____

Morada

Código Postal | _ | _ | _ | _ | - | _ | _ | _ | Localidade _____

Telefone n.º | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

FACE À INFORMAÇÃO MÉDICA RECOLHIDA ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE, QUE SE CONSTITUI COMO ANEXO III.2 DO REGULAMENTO DOS PRÉ-REQUISITOS DO GRUPO A, DECLARA-SE, PARA EFEITOS DE ACESSO AO ENSINO SUPERIOR, QUE O CANDIDATO NÃO APRESENTA DEFICIÊNCIA PSÍQUICA, SENSORIAL OU MOTORA QUE INTERFIRA GRAVEMENTE COM A CAPACIDADE FUNCIONAL E DE COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL, A PONTO DE IMPEDIR A APRENDIZAGEM PRÓPRIA OU ALHEIA

Emitido em ____/____/____ (colocar carimbo ou vinheta)

O Médico

N.º de Inscrição na Ordem dos Médicos _____

ANEXO III.2**Questionário Individual de Saúde**

(composto por 2 páginas em frente e verso)

Nome do candidato _____

Data de Nascimento |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

BI/CC n.º |__|__|__|__|__|__|__|__| Validade |__|__|__|__|__|__|__|__|

Estado Civil _____

Morada _____

Código Postal |__|__|__|__|__|__|__|__|

Localidade _____

Telefone n.º |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

No momento do preenchimento deste questionário o candidato deverá ser portador de:

- a) Bilhete de Identidade;
- b) Boletim Individual de Saúde atualizado em relação à vacina antitetânica e hepatite B;
- c) Radiografia do tórax e exames complementares de diagnóstico que o médico considerar convenientes.

O presente questionário constitui documento sujeito a sigilo,
devendo ficar na posse do médico ou dos serviços de saúde.

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE**1. SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO** - Ausência de deficiência motora permanente, congénita, ou adquirida, com repercussão na aprendizagem
_____**2. VISÃO** – Ausência de deficiência visual permanente bilateral – cegueira e baixa visão

Acuidade visual _____

Sem correção _____

Com correção _____

Senso cromático (ausência de daltonismo)
_____**3. AUDIÇÃO** – ausência de deficiência auditiva bilateral de grau severo ou profundo

Perda auditiva _____

Sem correção _____



Com correção _____

4. OLFATO

5. SENSIBILIDADE (TÁCTIL, TÉRMICA E ÁLGICA)

6. SISTEMA NEURO-MUSCULAR

Coordenação _____

Movimentos involuntários _____

Alteração da linguagem e da fala _____

Déficite motor _____

Atrofia muscular _____

7. COMPORTAMENTO

Alterações de comportamento _____

8. COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

Atenção _____

Coerência do discurso _____

Outros _____

9. MEDICAÇÃO HABITUAL

10. OBSERVAÇÕES:

CONCLUSÕES: APTO |___| (a inscrever em declaração médica autónoma) NÃO APTO |___|

O MÉDICO

Emitido _____ em _____ |__|_|_|-|__|_|_|-|__|_|_|_|_|_|

N.º de Inscrição na Ordem dos Médicos _____