

<b>NOME DO ALUNO</b>		
<b>TIPO SANGUÍNEO</b>		<b>FATOR RH</b>
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
<b>POSSUI ALGUM PLANO MÉDICO?</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim   Qual?		
<b>POSSUI ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim   Qual?		
<b>REALIZA ALGUM TRATAMENTO?</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim   Qual?		
<b>MEDICAMENTO DE USO CONSTANTE/ POSOLOGIA</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim   Qual?		
<b>POSSUI ALGUMA ALERGIA?</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim   Qual?		
<b>PRÁTICA ESPORTES?</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim   Qual?		
<b>APRESENTA ALGUM MAL QUE A ATIVIDADE FÍSICA POSSA AGRAVAR?</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim   Qual?		
<b>DOENÇAS GRAVES NO PASSADO?</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim   Qual?		
<b>PORTADOR DE ALGUMA NECESSIDADE ESPECIAL?</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim   Qual?   (Preencher ficha 3.1)		
<b>FAZ ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU PSICOLÓGICO?</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim   Qual?   (Preencher ficha 3.2)		
<b>BRONQUITE OU ASMA</b>	<b>DIABETES</b>	<b>CONVULSÕES</b>
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<b>CENSO ESCOLAR - RESPOSTA OBRIGATÓRIA</b>		
Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Indígena		
<b>NA IMPOSSIBILIDADE DE CONTATO COM OS RESPONSÁVEIS, A QUEM DEVEMOS CONTATAR?</b>		
Nome (parentesco)	Telefone	Celular
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome (Parentesco)	Telefone	Celular
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>DECLARAÇÃO</b>		
Declaro não ter omitido nenhuma informação sobre o estado de saúde do menor especificado acima e autorizo que a unidade de ensino entre em contato comigo ou o(s) responsável(is) descrito(s) acima no caso de algum acidente e ou problema de saúde.		
<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Outro	São Paulo, _____ de _____ de 20____	
Nome: _____ Parentesco: _____	Ass _____	