

NOME DO ALUNO		
TIPO SANGÜÍNEO		FATOR RH
☐ O ☐ A ☐ B ☐ AB		☐ Positivo ☐ Negativo
POSSUI ALGUM PLANO MÉDICO? ☐ Não ☐ Sim Qual?		
POSSUI ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? ☐ Não ☐ Sim Qual?		
REALIZA ALGUM TRATAMENTO? ☐ Não ☐ Sim Qual?		
MEDICAMENTO DE USO CONSTANTE/ POSOLOGIA ☐ Não ☐ Sim Qual?		
POSSUI ALGUMA ALERGIA? ☐ Não ☐ Sim Qual?		
PRÁTICA ESPORTES? ☐ Não ☐ Sim Qual?		
APRESENTA ALGUM MAL QUE A ATIVIDADE FÍSICA POSSA AGRAVAR? ☐ Não ☐ Sim Qual?		
DOENÇAS GRAVES NO PASSADO? ☐ Não ☐ Sim Qual?		
PORTADOR DE ALGUMA NECESSIDADE ESPECIAL? ☐ Não ☐ Sim Qual? (Preencher ficha 3.1)		
FAZ ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU PSICOLÓGICO? ☐ Não ☐ Sim Qual? (Preencher ficha 3.2)		
BRONQUITE OU ASMA ☐ Não ☐ Sim	DIABETES ☐ Não ☐ Sim	CONVULSÕES ☐ Não ☐ Sim
CENSO ESCOLAR - RESPOSTA OBRIGATÓRIA Cor: ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Negra ☐ Indígena		
NA IMPOSSIBILIDADE DE CONTATO COM OS RESPONSÁVEIS, A QUEM DEVEMOS CONTATAR?		
Nome (parentesco)	Telefone	Celular
Nome (Parentesco)	Telefone	Celular
DECLARAÇÃO		
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.		
☐ Pai ☐ Mãe ☐ Outro Nome: _____ Parentesco: _____	São Paulo, _____ de _____ de 20____ Ass _____	