

NOME DO ALUNO		
TIPO SANGUÍNEO		FATOR RH
<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Positivo
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> AB	<input type="checkbox"/> Negativo
POSSUI PLANO/CONVÊNIO MÉDICO? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?		
POSSUI ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?		
REALIZA ALGUM TRATAMENTO? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?		
MEDICAMENTO DE USO CONSTANTE/POSOLOGIA? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?		
POSSUI ALGUMA ALERGIA? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?		
PRÁTICA ESPORTES? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?		
APRESENTA ALGUM MAL QUE A ATIVIDADE FÍSICA POSSA AGRAVAR? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?		
DOENÇAS GRAVES NO PASSADO? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?		
PORTADOR DE ALGUMA NECESSIDADE ESPECIAL? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? (Preencher ficha 3.1)		
FAZ ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO OU PSIQUIÁTRICO? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? (Preencher ficha 3.2)		
BRONQUITE OU ASMA <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	DIABETES <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	CONVULSÕES <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
CENSO ESCOLAR: (resposta obrigatória) Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Indígena		
QUEM CONTATAR EM CASO DE IMPOSSIBILIDADE COM OS RESPONSÁVEIS?		
Nome (parentesco) <input type="text"/> ( <input type="text"/> )	Telefone <input type="text"/>	Celular <input type="text"/>
Nome (Parentesco) <input type="text"/> ( <input type="text"/> )	Telefone <input type="text"/>	Celular <input type="text"/>
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.		
<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Outro	São Paulo, _____ de _____ de 20____	
Nome: _____	Ass _____	
Parentesco: _____		