

<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 PLANO/CONVÊNIO 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>PRATICA 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 PSICOLÓGICO OU PSIQUIÁTRICO?</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>QUEM CONTATAR EM CASO DE IMPOSSIBILIDADE COM OS RESPONSÁVEIS?</b>		
Nome (parentesco) <input type="text"/> (    )	Telefone <input type="text"/>	Celular <input type="text"/>
Nome (Parentesco) <input type="text"/> (    )	Telefone <input type="text"/>	Celular <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 _____	