

NOME DO ALUNO

TIPO SANGUÍNEO
 O A B AB

FATOR RH
 Positivo Negativo

POSSUI PLANO/CONVÊNIO 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 PSICOLÓGICO OU PSIQUIÁTRICO? 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

QUEM CONTATAR EM CASO DE IMPOSSIBILIDADE COM OS RESPONSÁVEIS?

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 São Paulo, _____ de _____ de 20____

Nome: _____ Ass _____

Parentesco: _____