

NOME DO ALUNO		
TIPO SANGÜÍNEO		FATOR RH
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB		<input type="checkbox"/> Positivo <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?		
PRATICA 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		DIABETES
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<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) _____ _____ ()		Telefone _____ _____
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.		
<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Outro		São Paulo, _____ de _____ de 20 ____
Nome: _____ Parentesco: _____		Ass _____