



## FICHA DE SAÚDE

Nome: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_ Tel. para contato: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_ Tel. para contato: \_\_\_\_\_

Outros telefones: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Tels.: \_\_\_\_\_

- Caso o aluno não possa fazer alguma atividade esportiva ou de lazer, informe qual e por quê: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- O aluno apresenta algum tipo de alergia? A quê? Qual o procedimento a ser adotado?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Se o aluno está levando alguma medicação, informe o(s) nome(s), a(s) dose(s) e em que condições ou horário(s) deve(m) ser ministrada(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_