

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: _____