



FOTO  
3 X 4

## FICHA CADASTRAL DO ALUNO - FORMAÇÃO ESPORTIVA

REGIÃO:

LOCAL:

ANO:

ATIVIDADE:

PROFESSOR RESPONSÁVEL:

NOME DO ALUNO:

ENDEREÇO:

Nº:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CEP:

TELEFONE:

E-MAIL:

ALTURA:

PESO:

DATA DE NASCIMENTO:

R.G.:

NOME DO RESPONSÁVEL:

R.G.:

TELEFONE COMERCIAL:

CELULAR:

TEM CONVÊNIO MÉDICO?

QUAL?

SIM

NÃO

VIDA ESCOLAR:

NOME DA ESCOLA:

SÉRIE / GRAU:

HORÁRIO:

ANAMNESE:

SIM

NÃO

QUAL?

PROBLEMAS DE SAÚDE:

UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

PARA QUE?

DOR DE CABEÇA

OUTROS:

SINTOMAS DURANTE A

FALTA DE AR

PRÁTICA DE EXERCÍCIOS:

TONTURA

HEMORRAGIA NASAL

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA:

OBSERVAÇÕES:

Autorizo \_\_\_\_\_

a participar das atividades desenvolvidas pelo Departamento de Esportes na Praça de Esportes

e comprometo-me a apresentar anualmente atestado médico que comprove sua aptidão física.

Declaro que as informações acima são verdadeiras, pelas quais me responsabilizo.

DATA / ASSINATURA:

DATA / ASSINATURA / RESPONSÁVEL: