

ANEXO 2

DADOS CADASTRAIS DA EQUIPE E INFORMAÇÕES MÉDICAS

DADOS PESSOAIS DO PROFESSOR(A) ORIENTADOR(A):

Nome completo:

CPF:

RG:

Sexo:

Endereço Completo:

Telefone Residencial: ()

Telefone Celular: ()

E-mail:

Nome da escola:

INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE

Tem acompanhamento médico ou psicológico? Sim () Não ()

Motivo:

Tem restrição a alguma atividade física? Sim () Não () Qual?

Possui alguma alergia? Sim () Não () Quais?

É alérgico a algum medicamento? Sim () Não () Quais?

Faz uso contínuo de algum medicamento? Sim () Não ()

Quais? Já fez alguma cirurgia? Sim () Não () Quais?

Apresenta algum distúrbio? Sim () Não () Qual?

Em caso de distúrbios, listar instruções, procedimentos, medicamentos e horários.

Tem todas as vacinas válidas? Sim () Não ()

Observações:

Data: /

Assinatura

DADOS PESSOAIS DO ALUNO(A) 1

Nome completo:

CPF:

RG:

Sexo:

Endereço Completo:

Telefone Residencial: ()

Telefone Celular: ()

E-mail:

Nome da escola:

Nome do Pai/Mãe ou Responsável Legal:

Telefone Residencial: ()

Telefone Celular: ()

E-mail:

INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE

Tem acompanhamento médico ou psicológico? Sim () Não ()

Motivo:

Tem restrição a alguma atividade física? Sim () Não () Qual?

Possui alguma alergia? Sim () Não () Quais?

É alérgico a algum medicamento? Sim () Não () Quais?

Faz uso contínuo de algum medicamento? Sim () Não ()

Quais? Já fez alguma cirurgia? Sim () Não () Quais?

Apresenta algum distúrbio? Sim () Não () Qual?

Em caso de distúrbios, listar instruções, procedimentos, medicamentos e horários.

Tem todas as vacinas válidas? Sim () Não ()

Observações:

Data: /

Assinatura do participante maior de 18 anos

ou

do responsável legal se menor de 18 anos

DADOS PESSOAIS DO ALUNO(A) 2

Nome completo:

CPF:

RG:

Sexo:

Endereço Completo:

Telefone Residencial: ()

Telefone Celular: ()

E-mail:

Nome da escola:

Nome do Pai/Mãe ou Responsável Legal:

Telefone Residencial: ()

Telefone Celular: ()

E-mail:

INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE

Tem acompanhamento médico ou psicológico? Sim () Não ()

Motivo:

Tem restrição a alguma atividade física? Sim () Não () Qual?

Possui alguma alergia? Sim () Não () Quais?

É alérgico a algum medicamento? Sim () Não () Quais?

Faz uso contínuo de algum medicamento? Sim () Não ()

Quais? Já fez alguma cirurgia? Sim () Não () Quais?

Apresenta algum distúrbio? Sim () Não () Qual?

Em caso de distúrbios, listar instruções, procedimentos, medicamentos e horários.

Tem todas as vacinas válidas? Sim () Não ()

Observações:

Data: /

Assinatura do participante maior de 18 anos

ou

do responsável legal se menor de 18 anos

DADOS PESSOAIS DO ALUNO(A) 3

Nome completo:

CPF:

RG:

Sexo:

Endereço Completo:

Telefone Residencial: ()

Telefone Celular: ()

E-mail:

Nome da escola:

Nome do Pai/Mãe ou Responsável Legal:

Telefone Residencial: ()

Telefone Celular: ()

E-mail:

INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE

Tem acompanhamento médico ou psicológico? Sim () Não ()

Motivo:

Tem restrição a alguma atividade física? Sim () Não () Qual?

Possui alguma alergia? Sim () Não () Quais?

É alérgico a algum medicamento? Sim () Não () Quais?

Faz uso contínuo de algum medicamento? Sim () Não ()

Quais? Já fez alguma cirurgia? Sim () Não () Quais?

Apresenta algum distúrbio? Sim () Não () Qual?

Em caso de distúrbios, listar instruções, procedimentos, medicamentos e horários.

Tem todas as vacinas válidas? Sim () Não ()

Observações:

Data: /

Assinatura do participante maior de 18 anos

ou

do responsável legal se menor de 18 anos