



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL ESPORTES E LAZER
DEPARTAMENTO DE ESPORTES

FOTO
3 X 4

FICHA CADASTRAL DO ALUNO - ATIVIDADE FÍSICA

REGIÃO:

LOCAL:

ANO:

ATIVIDADE:

PROFESSOR RESPONSÁVEL:

NOME DO ALUNO:

ENDEREÇO:

Nº:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CEP:

TELEFONE:

DATA DE NASCIMENTO:

ALTURA:

PESO:

PROFISSÃO:

CONVÊNIO MÉDICO:

SIM

NÃO

QUAL?

QUAL SEU OBJETIVO AO PRATICAR ATIVIDADE FÍSICA?:

CONVÍVIO SOCIAL

CONDICIONAMENTO FÍSICO

PREVENÇÃO / SAÚDE

NECESSIDADE MÉDICA

OUTROS:

FOI ENCAMINHADO POR:

ANAMNESE:

SIM NÃO

QUAL?

PROBLEMAS DE SAÚDE:

QUAL?

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA:

QUAL?

AValiação CARDIOLÓGICA:

QUANDO?

ALGUÉM DA FAMÍLIA TEM PROBLEMAS CARDÍACOS

UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

PARA QUE?

PROBLEMAS POSTURAIS:

QUAL?

DORES FREQUENTES:

QUAL TIPO?

FALTA DE AR DE FORMA ANORMAL:

EM QUE SITUAÇÃO?

NUNCA PRATICOU

JÁ PRATICOU

ATIVIDADE FÍSICA:

NÃO PRÁTICA

HÁ QUANTOS ANOS?

JÁ PRÁTICA

HÁ QUANTOS ANOS?

EM CASO DE NECESSIDADE, A QUEM CONTATAR?

TELEFONE:

OBSERVAÇÕES:

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO VERDADEIRA, E ME
COMPROMETO A APRESENTAR, A CADA SEMESTRE, ATESTADO MÉDICO
QUE COMPROVE MINHA APTIDÃO FÍSICA.

DATA / ASSINATURA: