

SERVIÇOS ASSISTÊNCIAS DE PROTEÇÃO ESPECIAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE
Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência Desenvolvimento Social
Administração 2013-2016

FOTO 3X4
RECENTE
COLAR AQUI

FICHA CASDASTRAL 01

DADOS DO PARTICIPANTE

NOME COMPLETO:			
DATA DE NASCIMENTO:	TELEFONE:	CELULAR:	CEP: 29.370-000
NOME DOS PAIS: PAI:		MÃE:	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:		CIDADE: CONCEIÇÃO DO CASTELO	
EMAIL:			
NOME DA ESCOLA QUE ESTUDA:		SÉRIE/GRAU:	HORÁRIO:

ANAMNESE DO ALUNO

PROBLEMAS DE SAÚDE: () SIM () NÃO	QUAL?	SITUAÇÕES DURANTE A PRÁTICA DE ESPORTES: DOR DE CABEÇA ()
USO DE MEDICAMENTOS: () SIM () NÃO	QUAL?	TONTURA () FALTA DE AR () HEMORRAGIA NASAL () OUTROS ()
ALERGIA: () SIM () NÃO	A QUÊ?	QUAL?
PRESSÃO SANGUÍNEA: ----- ANTES DA PRÁTICA : ----- DEPOIS DA PRÁTICA: -----		

PESO:

ALTURA:

JAN	FEV	MÇO	ABR	MAI	JUN	JAN	FEV	MÇO	ABR	MAI	JUN
JAN	FEV	MÇO	ABR	MAI	JUN	JAN	FEV	MÇO	ABR	MAI	JUN

OBSERVAÇÕES

QUAIS MODALIDADE(S) ESPORTIVA(S) GOSTARIA DE PRATICAR ?

1-----2-----3-----

HORÁRIO DE FREQUÊNCIA NO PROGRAMA:

DIAS	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
HORÁRIOS					