



### **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 psicol	ógico? 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 ( ) l	Não ( ) Quais?
Apresenta algum distúrbio? Sim ( ) Não	o()Qual?
Em caso de distúrbios, listar instruções, p	procedimentos, medicamentos e horários
Tem todas as vacinas válidas? Sim ( ) N	Vão ( )
Observações:	
Data: /	
A	ssinatura





## 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 Respor	nsável Legal:	
Telefone Residencial: ( )	7	Гelefone Celular: ( )
E-mail:		
INFORMAÇÕES SOBRE S	AÚDE	
Tem acompanhamento médio	co ou psicológ	gico? Sim ( ) Não ( )
Motivo:		
Tem restrição a alguma ativid	dade física? S	Sim ( ) Não ( ) Qual?
Possui alguma alergia? Sim	( ) Não ( ) Q	tuais?
É alérgico a algum medicame	ento? Sim (	) Não ( ) Quais?
Faz uso contínuo de algum n	nedicamento?	Sim ( ) Não ( )
Quais? Já fez alguma cirurgi	a? Sim ( ) N	ão ( ) Quais?
Apresenta algum distúrbio?	Sim ( ) Não (	( ) Qual?
Em caso de distúrbios, listar	instruções, pr	ocedimentos, medicamentos e horários.
Tem todas as vacinas válidas	? Sim ( ) Nã	io ( )
Observações:		
Data: /		
Ass	inatura do partic	cipante 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 Responsáv	vel Legal:			
Telefone Residencial: ( )	T	Celefone Celular: ( )		
E-mail:				
INFORMAÇÕES SOBRE SAÚ	DE			
Tem acompanhamento médico o	ou psicológ	ico? Sim ( ) Não ( )		
Motivo:				
Tem restrição a alguma atividad	le física? S	im ( ) Não ( ) Qual?		
Possui alguma alergia? Sim ( )	Não ( ) Qu	uais?		
É alérgico a algum medicamento	o? Sim ( )	Não ( ) Quais?		
Faz uso contínuo de algum med	icamento?	Sim ( ) Não ( )		
Quais? Já fez alguma cirurgia?	Sim ( ) Nã	io ( ) Quais?		
Apresenta algum distúrbio? Sim ( ) Não ( ) Qual?				
Em caso de distúrbios, listar instruções, procedimentos, medicamentos e horários				
Tem todas as vacinas válidas? S	Sim ( ) Não	o()		
Observações:				
Data: /				
-				
Assinat	ura do partici	ipante 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 Responsáv	el Legal:			
Telefone Residencial: ( )	-	Telefone Celular: ( )		
E-mail:				
INFORMAÇÕES SOBRE SAÚ	DE			
Tem acompanhamento médico o	ou psicoló	gico? Sim ( ) Não ( )		
Motivo:				
Tem restrição a alguma atividad	e física?	Sim ( ) Não ( ) Qual?		
Possui alguma alergia? Sim ( )	Não ( ) Ç	Quais?		
É alérgico a algum medicamento	o? Sim (	) Não ( ) Quais?		
Faz uso contínuo de algum medi	icamento?	Sim ( ) Não ( )		
Quais? Já fez alguma cirurgia?	Sim ( ) N	ão ( ) Quais?		
Apresenta algum distúrbio? Sin	ı ( ) Não (	( ) Qual?		
Em caso de distúrbios, listar instruções, procedimentos, medicamentos e horários				
Tem todas as vacinas válidas? S	Sim ( ) Nã	ío ( )		
Observações:				
Data: /				
Assinat	ura do partid	cipante maior de 18 anos		

ou

do responsável legal se menor de 18 anos