



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM/CE
SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, JUVENTUDE E INTEGRAÇÃO

FOTO
3 X 4

FICHA CADASTRAL DO ALUNO

MODALIDADE/CATEGORIA:

LOCAL DA PRÁTICA:

ATIVIDADE

ANO:

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

PROBLEMAS DE SAÚDE:

QUAL?

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 _____ (Nome do atleta) a participar das atividades desenvolvidas pela Secretaria de Esporte, Juventude e Integração – SEJUVI, e comprometo-me a apresentar anualmente atestado médico que comprove sua aptidão física. Declaro que as informações acima são verdadeiras, pelas quais me responsabilizo. **Autorizo**, também o uso da imagem do atleta citado acima, para fins de divulgação dos projetos da SEJUVI.

DATA/ASSINATURA:

ASSINATURA /RESPONSÁVEL:

SECRETARIA DE ESPORTE, JUVENTUDE E INTEGRAÇÃO – SEJUVI