



Capital dos Minérios

MUNICÍPIO DE ITAPEVA

CNPJ 46.634.358/0001-77

Palácio Prefeito Cicero Marques - CEP 18400-900 - Itapeva -SP

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

Rua Manoel Elói Garcia Martinez, nº 292 - Vila Nossa Senhora de Fátima - Itapeva/SP - CEP 18409-130

Fone: 15 3522 3079 - E-mail: educacao@itapeva.sp.gov.br

Escola Municipal _____

Ficha Diagnóstica de Saúde – Educação Física e Ciências

Aluno(a): _____ NºCartão SUS _____

Ano: 20__

Idade: ____ anos Ano/Série: ____ Turma: ____ Período: M() T() Peso: ____Kg
Altura : ____m

I.M.C= _____ Este aluno está: () Peso Normal () Abaixo do Peso () Acima do Peso

Este aluno tem problemas visuais? () Sim () Não Usa óculos? () Sim () Não

Antecedentes Familiares (pais, avós e tios): () Hipertensão () Diabetes ()
Neoplastia (Câncer) Outros: _____

Antecedentes Pessoais (aluno): () Anemia () Hipertensão () Hanseníase ()
Diabetes () Rubéola () Cardiopatia

() Tuberculose () Doença Renal Crônica () Transfusão de Sangue () Outros:

Tem alergia? () Sim () Não Alergia a _____

Toma remédios? () Sim () Não Qual(is): _____

Faz algum tratamento? () Sim () Não Qual(is): _____

Tem asma? () Sim () Não Tem bronquite? () Sim () Não

Tem dor no corpo? () Sim () Não Onde: _____

Tem problema de: Desmaio () Sim () Não Sangramento no Nariz () Sim () Não
Bexiga () Sim () Não

Tem Epilepsia? () Sim () Não Faz tratamento? () Sim () Não

Tem algum tipo de Necessidade Especial (deficiência)? () Sim () Não

() Visual () Auditiva () Física () Mental () Leve () Moderada () Total
Obs.: _____

Existe algum problema que impossibilite a participação nas aulas de Ed. Física?

() Sim () Não

Qual? _____

SE NECESSÁRIO TRAZER ATESTADO COM RECOMENDAÇÃO MÉDICA

Data: ____/____/____ Assinatura do Responsável: _____

Ano: 20__

Idade: ____ anos Ano/Série: ____ Turma: ____ Período: M() T() Peso: ____Kg
Altura : ____m

I.M.C= _____ Este aluno está: () Peso Normal () Abaixo do Peso () Acima do Peso

Data: ____/____/____ Assinatura do Responsável: _____

Observações:

Ano: 20__

Idade: ____ anos Ano/Série: ____ Turma: ____ Período: M() T() Peso: ____Kg
Altura : ____m

I.M.C= _____ Este aluno está: () Peso Normal () Abaixo do Peso () Acima do Peso

Data: ____/____/____ Assinatura do Responsável: _____

Observações:

Ano: 20__

Idade: ____ anos Ano/Série: ____ Turma: ____ Período: M() T() Peso: ____Kg
Altura : ____m

I.M.C= _____ Este aluno está: () Peso Normal () Abaixo do Peso () Acima do Peso

Data: ____/____/____ Assinatura do Responsável: _____

Observações:

Ano: 20__

Idade: ____ anos Ano/Série: ____ Turma: ____ Período: M() T() Peso: ____Kg
Altura : ____m

I.M.C= _____ Este aluno está: () Peso Normal () Abaixo do Peso () Acima do Peso

Data: ____/____/____ Assinatura do Responsável: _____

Observações:

