

FICHA DE HISTÓRICO DE SAÚDE “PAR-Q”

NIC _____ | Cadastro Nº _____ | Turma _____

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELOS PAIS OU RESPONSÁVEIS

Nome do(a) atleta: _____

1. As condições de nascimento de seu filho(a) foram:
 sem problemas com problemas – Quais? _____
2. O desenvolvimento de seu filho(a) foi:
 sem problemas com problemas – Quais? _____
3. Seu filho(a) tem acompanhamento médico regular?
 sim não – Qual? _____
4. Seu filho(a) toma alguma medicação?
 sim não – Qual? _____
5. Seu filho(a) tem alergia a medicamentos ou alguma outra alergia?
 sim não – Qual? _____
6. Seu filho(a) já teve algum impedimento médico para a prática de exercícios físicos?
 sim não – Qual? _____
7. Seu filho(a) já teve algum problema com os itens abaixo, responda:
 1. Coração: não sim –Qual? _____
 2. Pulmões: não sim –Qual? _____
 3. Neurológico: não sim –Qual? _____
 4. Ortopédico: não sim –Qual? _____
 5. Visão: não sim –Qual? _____
 6. Auditivo: não sim –Qual? _____
8. Outras informações que considere necessárias: _____

Declaro e assumo a responsabilidade pelas informações acima prestadas e autorizo meu filho(a) a participar das atividades esportivas do COTP.

Data: ____/____/____ Parentesco: _____ R.G.: _____

Nome

Assinatura