

FUNDAÇÃO DE ESPORTES DE CAMPO MOURÃO

EQUIPE DE NATAÇÃO PARALIMPICA

PROJETO "S"

Ficha de Anamnese

Nome: _____ Data Nasc.: ____/____/____

Endereço: _____

Telefone: (____) _____ RG: _____ CPF: _____

Altura: _____ Peso _____ Idade _____

Responsável: _____ CPF: _____

Em caso de acidentes ou emergências contatar: _____

Tel.: (____) _____ Tel: (____) _____

Deficiência secundária: () vesical () intestinal

Obs.: _____

DOENÇAS QUE JÁ TEVE OU TEM:

ASMA () BRONQUITE () PNEUMONIA () DIABETES () REUMATISMO () ENXAQUECA ()

HIPERTENSÃO () RUBÉOLA () OSTEOPOROSE () EPILEPSIA () CARDIOPATIAS () COVID ()

OUTRAS: _____

Já fez alguma cirurgia? (Por exemplo: olhos, ouvido, garganta, etc) _____

Qual ou Quais? _____

Teve alguma fratura? _____ Qual ou Quais? _____

Tem alguma alergia? _____ Qual? _____

Está em tratamento médico? _____ Qual o motivo? _____

Faz uso de Medicamentos? _____ Quais? _____

Tem alergia a algum medicamento ou substância? _____ Quais? _____

Tipo Sanguíneo: A () B () AB () O () Fator Rh: Rh+ () Rh - ()

Já participou de algum programa de esportes? _____ Qual? _____

Já participou de algum evento esportivo? _____ Qual? _____

Campo Mourão, _____ de _____ de 202____.

Assinatura do Responsável: _____