



FOTO

FICHA DE INSCRIÇÃO
CLUBE ATLÉTICO JUVENTUS
ESCOLA DE ESPORTES

DESEJA TREINAR: () FUTEBOL DE CAMPO FEMININO

Turma : _____ Prof° : Wellington Local Campo /Society
Tarde { } HOR: _____ as _____ hs

NOME ALUNA :		SÓCIO Nº:	
RG: DA ALUNA:			
NOME PAI:			
NOME MÃE:			
ENDEREÇO:		BAIRRO:	
CIDADE:	CEP:	EMAIL:	
FONE :	CEL:	CEL:	
DATA DE NASCIMENTO: / /			
Altura:	peso:	Posição :	
ESTUDANTE ? SIM () ou NÃO () GRAU DE ESCOLARIDADE: _____ ° ANO			
PERÍODO COLÉGIO: M () / T ()			
ENSINO FUNDAMENTAL ()			
ENSINO MÉDIO ()			
NOME COLÉGIO:			
POSSUI CONVENIO MÉDICO QUAL?		Entrega Exame Médico (OBRIGATÓRIO)	
		_____ / _____ / _____	

QUESTIONÁRIO MÉDICO:

1) Possui algum problema de Saúde? Diabetes (S) (N), Bronquite (S) (N), Problemas Cardíacos (S) (N)
Epilepsia (Estado Convulsivo) (S) (N), Asma Desencadeada pelo Exercício (S) (N) Problemas Ortopédicos (S) (N) /
Outros? **2) Toma alguma Medicação em casa?** (S) (N) - Qual a Medicação? (dosagem e quanta vezes ao dia) *Relatar na folha*

Recomendações aos Pais:

Não ultrapassar o limite físico da criança/// Não deixar de alimentar a criança antes da atividade física/// Se o aluno possuir qualquer problema de saúde, deve trazer Atestado Médico (do médico da família), autorizando a atividade física/// Se o aluno toma qualquer medicação, por qualquer motivo, não esquecer de administrar a medicação (no horário correto), mesmo se estiver no horário do esporte (principalmente anticonvulsivantes e insulina).

Depto. Médico – C. A. J.

- ✓ () (01 Foto 3 X 4);
- ✓ () Xerox Da Identidade ou Certidão Nascimento);
- ✓ () Declaração Escolar,
- ✓ () Exame médico de aptidão para o esporte do pediatra ou clinico geral.

São Paulo, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do Responsável