FORMULÁRIO MÉDICO

Nome	
Data de nascimento	
CPF	Identidade e órgão expedidor
Endereço	
Telefones	
E-mail	
Tipo Sanguíneo	Fator RH
Algum problema de saúde?	
Alergias, incluindo medicamentos, alimentos e picadas de insetos)?	
Toma algum medicamento de uso contínuo? Qual?	
Pratica alguma atividade física? Qual?	
Observações relevantes sobre sua saúde e estado físico	
Em caso de emergência, pessoa p/ contato e telefone	
Seguro de Saúde	

Afirmo que as informações contidas nesse formulário são verdadeiras

Local e data_____

_____

Assinatura do atleta e/ou responsável