



GUARDA MIRIM DE SENADOR CANEDO-GO / 2026

ANAMNESE

NOME DO ALUNO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ **SEXO:** () Masculino () Feminino

NUMERO TELEFONE: _____

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELOS PAIS OU RESPONSÁVEIS

O ALUNO:

JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA? ()SIM ()NÃO

QUAL? _____

APRESENTA ALGUMA DOENÇA? ()SIM () NÃO

QUAL? _____

TEM DIABETES? ()SIM ()NÃO

TEM ALGUMA DOENÇA RESPIRATÓRIA ()SIM ()NÃO

QUAL? _____

SOFRE ALGUM TIPO DE CARDIOPATIA? ()SIM ()NÃO

QUAL? _____

TEM DESMAIOS? ()SIM ()NÃO

QUAL FREQUENCIA? _____

FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO? ()SIM ()NÃO

QUAL? _____

TEM ALGUMA ALERGIA? ()SIM ()NÃO

QUAL? _____

TEM ALGUMA ALERGIA / RESTRIÇÃO ALIMENTAR ()SIM ()NÃO

QUAL? _____

FAZ ACOMPANHAMENTO PSIQUIATRICO? ()SIM ()NÃO

POSSUI LAUDO PSIQUIATRICO OU NEUROLOGICO, OU INDICAÇÃO / ENCAMINHAMENTO DE ALGUM PROFISSIONAL, PARA TRATAMENTO PSIQUIATRICO OU NEUROLOGICO?

Afirmo, sob minha responsabilidade que todas as informações acima são verdadeiras, declarando ciente que qualquer informação omitida que cause prejuízo ao bom andamento do aluno dentro do programa, ou resposta não verdadeira acarretara ao aluno desligamento do programa.

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

Senador Canedo, ____ de Março de 2026