



## HISTÓRICO DE SAÚDE E AUTORIZAÇÃO PARA PRÁTICA ESPORTIVA 2023-24

Nome do aluno(a): \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Sexo: M/F \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Histórico de Saúde

Pais ou responsáveis: Favor responder Sim ou Não às seguintes questões relacionadas com o histórico de saúde de seu filho(a) e se necessário anotar as informações no espaço fornecido.

S N Doenças crônicas ou recorrentes? \_\_\_\_\_

S N Hospitalizações? \_\_\_\_\_

S N Uso de Medicação? \_\_\_\_\_

S N Cirurgias? \_\_\_\_\_

S N Episódios de Internação? \_\_\_\_\_

S N Tonturas / Desmaios / Convulsões? \_\_\_\_\_

S N Perda de consciência pós traumatismo? \_\_\_\_\_

S N Óculos ou lentes de contato? \_\_\_\_\_

S N Problemas auditivos? \_\_\_\_\_

S N Alergia a medicamentos ou alimentos? \_\_\_\_\_

S N Pressão alta? \_\_\_\_\_

S N Hérnia? \_\_\_\_\_

S N Lesão óssea, articular ou medular? \_\_\_\_\_

S N Problema no fígado, baço, rim ou pele? \_\_\_\_\_

S N Meninas – Ciclo menstrual regular? \_\_\_\_\_

S N Diabetes? \_\_\_\_\_

Histórico familiar de alguma doença? \_\_\_\_\_

Alguma outra informação pertinente? \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÃO IMPORTANTE

1: Nome do Pai ou Responsável \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

2: Nome da Mãe \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

2: Na falta de um Pai ou Responsável, entrar em contato com: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

### AUTORIZAÇÃO

Eu declaro que as informações acima são verdadeiras e venho por via desta autorizar o(a) \_\_\_\_\_ para participar das atividades esportivas do Programa de Esportes da PACA durante o ano letivo 2023-24.

Nome completo do pai ou responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do pai ou responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



## HEALTH HISTORY AND ATHLETICS AUTHORIZATION FORM 2023-24

Name of Student: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Gender: M/F \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Student's Health History

Parent/Guardian: Please answer YES or NO to the following questions concerning your child's health history and use the provided space to explain if needed.

Y N Chronic Disease? \_\_\_\_\_

Y N Hospitalizations? \_\_\_\_\_

Y N Taking medication? If so, which ones? \_\_\_\_\_

Y N Cirurgias? \_\_\_\_\_

Y N Tonturas / Desmaios / Convulsões? \_\_\_\_\_

Y N Perda de consciência pós traumatismo? \_\_\_\_\_

Y N Wears glasses or contact lenses? \_\_\_\_\_

Y N Hearing problems? \_\_\_\_\_

Y N Allergic to medication or food products? \_\_\_\_\_

Y N High blood pressure ? \_\_\_\_\_

Y N Bone, joint or spine Injury? \_\_\_\_\_

Y N Liver, spleen, kidney or skin problems? \_\_\_\_\_

Y N Females – Regular menstrual cycle ? \_\_\_\_\_

Y N Diabetes? \_\_\_\_\_

History of any disease in the family? \_\_\_\_\_

Any additional health related information? \_\_\_\_\_

### IMPORTANT INFORMATION

1: Name of Father or Guardian \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

2: Name of Mother \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

3: In the absence of a Parent or Guardian please contact: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

### AUTHORIZATION

The information above is correct to the best of my knowledge, and I hereby authorize \_\_\_\_\_ to participate in PACA's Athletics Program during the 2023-24 school year.

Parent/Guardian's full name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's signature : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_