

## ANAMNESE INFANTIL

1. **MODALIDADE:**  NATAÇÃO  FUTSAL  PÓLO AQUÁTICO  SHORINJI KEMPO

2. **IDENTIFICAÇÃO (criança):**

NOME: \_\_\_\_\_

SEXO:  M  F DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

NOME DO PAI: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

E-MAIL DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

CONVÊNIO MÉDICO:  SIM  NÃO

QUAL: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. **HISTÓRICO:**

Data da última avaliação médica: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Peso (aproximado): \_\_\_\_\_ Estatura (aproximada): \_\_\_\_\_

A criança sofreu alguma intervenção cirúrgica? Qual?

\_\_\_\_\_

Situação vacinal: \_\_\_\_\_

Descreva o(s) medicamento(s) utilizado(s) nos últimos tempos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. **MARQUE O(S) PROBLEMA(S) ABAIXO QUE TENHA SIDO DIAGNOSTICADO OU TRATADO POR UM MÉDICO:**

DIABETES  PROBLEMA OCULAR  HIPERTENSÃO  ASMA  PROBLEMA NEUROLÓGICO

OBESIDADE  PROBLEMA DE OUVIDO  REFLUXO  ANEMIA  DOENÇA RESPIRATÓRIA

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA  OUTROS (AS): \_\_\_\_\_

5. **INDIQUE OS SINTOMAS, CONFORME SEGUER:**

• CONVULSÃO  SEMPRE  ÀS VEZES  NUNCA

• DIARRÉIA  SEMPRE  ÀS VEZES  NUNCA

• DIFICULDADE DE RESPIRAR  SEMPRE  ÀS VEZES  NUNCA

• DOR ABDOMINAL  SEMPRE  ÀS VEZES  NUNCA

- DOR NAS COSTAS  SEMPRE  ÀS VEZES  NUNCA
- DOR NO PEITO  SEMPRE  ÀS VEZES  NUNCA
- DORES ARTICULARES  SEMPRE  ÀS VEZES  NUNCA
- FALTA DE AR  SEMPRE  ÀS VEZES  NUNCA
- FEBRE  SEMPRE  ÀS VEZES  NUNCA
- TONTURA  SEMPRE  ÀS VEZES  NUNCA
- TOSSE  SEMPRE  ÀS VEZES  NUNCA

6. A CRIANÇA POSSUI ALGUMA ALERGIA?  SIM  NÃO QUAL(IS): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. NOS ÚLTIMOS TEMPOS, A CRIANÇA SOFREU ALGUM TIPO DE ACIDENTE OU LESÃO ÓSTEO-ARTICULAR?

SIM  NÃO QUAL(IS): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. A CRIANÇA APRESENTA ALGUMA RESTRIÇÃO À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA?

SIM  NÃO QUAL(IS): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. ATUALMENTE, A CRIANÇA REALIZA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA?  SIM  NÃO

QUAL(IS): \_\_\_\_\_

FREQUÊNCIA \_\_\_\_\_ DURAÇÃO \_\_\_\_\_

10. DESCREVA SOBRE O COMPORTAMENTO DE SEU(UA) FILHO(A) E OS OBJETIVOS EM RELAÇÃO À ATIVIDADE FÍSICA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. CASO VOCÊ TENHA ALGUMA INFORMAÇÃO PARA ACRESCENTAR, QUE NÃO TENHA SIDO PERGUNTADO NESTE QUESTIONÁRIO, FAVOR REGISTRAR NESTE ESPAÇO.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ASSINATURA DO INSTRUTOR: \_\_\_\_\_

## **TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o menor de idade \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ a participar das aulas de \_\_\_\_\_ na Pontifícia Universidade Católica do RS, autorizando a entidade a registrar imagens através de fotografias e/ou filmagens e utilizá-las para a realização de: I) divulgação nas redes sociais do Parque Esportivo, II) divulgação em campanhas referente ao projeto. A presente autorização se dá de forma gratuita e por tempo indeterminado.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome completo do responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_