



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO
SUBSECRETARIA DE GESTÃO PEDAGÓGICA E INCLUSÃO EDUCACIONAL
DIRETORIA DE EXECUÇÃO DE POLÍTICAS E PLANOS EDUCACIONAIS
GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

INFORMAÇÕES MÉDICAS

1 – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ DN: ____/____/____

Diagnóstico/CID: _____

Nome do Médico: _____

Unidade de Saúde: _____

Telefone para contato: _____

2 – HISTÓRIA CLÍNICA DA CRIANÇA

Antecedentes patológicos: _____

Estado atual de saúde: _____

3 – Existem limitações para as atividades físicas em sala de aula na Educação Precoce?

4 – Existem limitações para a Educação Física?

Data ____/____/____

Assinatura/ CRM