



## 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