



Cadastro da criança :)

Informações pessoais

Nome completo:

Data de nascimento: ___/___/_____

Idade:

Nome do responsável:

Telefone:

Informações de endereço

Rua:

Número:

Bairro:

Referência:

Informações de saúde

- Possui alergia a algum medicamento?
() Não
() Sim. Qual? _____
 - Possui alergia ou restrição a algum alimento?
() Não
() Sim. Qual? _____
 - Faz uso de algum medicamento?
() Não
() Sim. Qual? _____
 - Possui restrição a alguma atividade física?
() Não
() Sim. Qual? _____
 - Possui algum problema de saúde?
() Não
() Sim. Qual? _____
-