



COLÉGIO NOSSA SENHORA CONSOLATA

INSTITUTO IRMÃS MISSIONÁRIAS DE NOSSA SENHORA CONSOLADORA

CNPJ: 60.790.631/0002-64

Av. Imirim, 1424 - Imirim | CEP: 02464-200 | São Paulo - SP

(5511)2238.4848 | www.colegioconsolata.com.br | adm@colegioconsolata.com.br

/ColegioConsolataOficial @colegioconsolata

EXAME MÉDICO DE APTIDÃO PARA AS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA E PISCINA – 2025

ALUNO(A): _____

SEXO: FEMININO MASCULINO

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ANO/SÉRIE _____ TURMA _____ CURSO: _____ PERÍODO _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº _____

INTERROGATÓRIO (A SER PREENCHIDO PELO ALUNO / RESPONSÁVEL)

VOCÊ APRESENTA OU APRESENTOU NOS ÚLTIMOS 2 ANOS ALGUNS DOS SINTOMAS ABAIXO NA PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS ?

RESPONDA SIM (S) OU NÃO (N) :	DENGUE	()
FEBRE ()	DOR DE CABEÇA	()
TONTURAS ()	DESMAIOS	()
CONVULSÃO ()	NARIZ ENTUPIDO	()
SANGRAMENTO NO NARIZ ()	DOR DE GARGANTA	()
TOSSE ()	DOR NO "PEITO"	()
"FALTA DE AR" ()	"APERTO NO PEITO"	()
CÂIMBRAS ()	CORAÇÃO "BATE FORTE"	()
FRATURAS ()	ENTORSES	()
DORES NAS ARTICULAÇÕES ()	BRONQUITE	()
LÁBIOS OU PONTA DOS DEDOS ARROXEADOS QUANDO FAZ EXERCÍCIOS FÍSICOS		()

TOMOU VACINA CONTRA A FEBRE AMARELA	() SIM	() NÃO
TOMOU VACINA CONTRA A GRIPE	() SIM	() NÃO
TOMOU VACINA CONTRA O SARAMPO	() SIM	() NÃO
TOMOU VACINA CONTRA O COVID-19	() SIM	() NÃO
ALGUÉM DA FAMÍLIA TEVE COVID 19 OU	() SIM	() NÃO
TOMOU VACINA CONTRA DENGUE	() SIM	() NÃO

OUTRAS INFORMAÇÕES : _____

MENSTRUÇÃO INTERVALO _____ DIAS DURAÇÃO _____ FLUXO _____

EXAME FÍSICO (A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO)

PA _____ FC _____ FR _____

PESO _____ ESTATURA _____

ASCULTA CARDÍACA E PULMONAR _____

RESULTADO: () APTO PARA PARTICIPAR DAS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FREQUENTAR A PISCINA.

() NÃO APTO PARA PARTICIPAR DAS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FREQUENTAR A PISCINA.

ENCAMINHAMENTO PARA: _____

SÃO PAULO, ____/____/2025