

**SPORTS RECHECK/PARENT PERMISSION
[REVERIFICAÇÃO/PERMISSÃO DOS PAIS
PARA A PRÁTICA DE ESPORTES]**

Aprovação do Health Office/Nurse: _____

Data: _____

Nome: _____

HISTÓRICO MÉDICO

Resposta

SIM

NÃO

1. Já sofreu alguma lesão que tenha exigido cuidado médico, desde o último exame desportivo?

Quando a resposta for SIM, favor descrever e anexar anotações adicionais se necessário:

2. Já teve lesão na cabeça, incluindo CONTUSÃO CEREBRAL (se sim, quando)? Data: _____

3. Teve cirurgias, fraturas, deslocamentos (se sim, quando)? Data: _____

Hospital de preferência, caso ocorra alguma lesão:

4. Frequenta o Adaptive PE ou tem licença das aulas de Educação Física (PE)?

5. Tem ASMA?

****CASO O ALUNO PRECISE CARREGAR ALGUMA MEDICAÇÃO (INALADORES, EPIPENS) SERÁ PRECISO TRAZER NOVA RECEITA MÉDICA A CADA NOVO ANO LETIVO****

6. Usa inalador?

7. Tem alergias (alimentos, abelhas, etc.)?

AVISO: SE HOUVER RESPOSTA *SIM* A ALGUMA DAS PERGUNTAS, PODEREMOS EXIGIR O CONSENTIMENTO DO SEUMÉDICO POR ESCRITO.

8. Usa Epipen?

9. Sofre de diabetes, convulsões, sangramentos, ou problemas cardíacos, inclusive pressão alta?

10. Faz uso de alguma medicação, ou está sob

cuidados médicos no momento?

**REVERIFICAÇÃO/PERMISSÃO DOS PAIS
PARA A PRÁTICA DE ESPORTES**

Ano escolar: _____ Classe: _____ Sexo: _____

Nome: _____ Aniversário: _____ Esporte: _____ Categoria: _____

TELEFONE: Casa: _____ Trabalho: _____ Celular: _____

Plano de Ação em caso de contusão cerebral

O Plano de Ação do distrito escolar de North Colonie para contusão cerebral pode ser encontrado no nosso website www.northcolonie.org e explica todos os aspectos do plano, inclusive a política de retorno aos jogos.

Que saibamos, não existe motivo que impeça nosso filho(a) a participar dos esportes intraescolares. Nós lemos e entendemos todas as regras e regulamentos do treinamento atlético.

Assinatura do Pai/Mãe

Data:

Assinatura do Aluno

Data:

Por favor certifique-se de preencher o histórico médico acima