



FICHA CADASTRAL

AVALIAÇÃO
DE
ANAMNESE

Nome:		Data Nasc:
Tel. Celular:	Tel. Residencial:	Profissão:
E-mail:		
Sexo:	Peso:	Estatura:
Tipo sanguíneo:	Fator RH:	
Dados do último exame de sangue:		Data:
Anemia:	Glicose:	Colesterol:
HDL:	LDL:	Triglicérides:
Já fez algum teste de esforço físico:	Qual?	Data:
Fuma ou já fumou?	Alergias?	Fator desencadeante?
Doenças anteriores?		
Doenças em familiares?		
Cirurgias e/ou internações?		
Quais lesões teve ou tem?		
Medicação em uso:		
Em caso de emergência avisar:		Telefone:
Acompanhamento médico (Nome):		Telefone:
Faz acompanhamento nutricional?	Nutricionista:	
Usa suplemento alimentar?	Quais?	
Pratica arte marcial há quanto tempo?		Quantas vezes por semana?
Qual intensidade do treino?	()Fácil ()Intermediário ()Difícil ()Indeterminado	
Já participou de alguma competição?	Quais?	
Competição:		Colocação:
Competição:		Colocação:
Além das artes marciais, pratica mais algum esporte?		Qual?
Quantas vezes por semana?		
Quais seus objetivos com o SANDA?		
Disponibilidade para treinos?	Horários:	Dias da semana:
Observações:		

Assinatura