



Sport's Physical
Pan American Christian Academy

Name of student: _____

Sex: M or F Age: _____ Grade: _____ Date: ____/____/____

Physician's Physical Report

This section must be filled out by a doctor concerning the following information or any medical conditions that the school needs to be aware of for the benefit of the student.

Vital Signs:

Height: _____ Weight: _____ Blood pressure: _____ Pulse: _____ Respiratory Rate: _____

Physical Information: _____

General state: _____

Head & Neck: _____

Heart: _____

Chest: _____

Abdomen: _____

Muscle /skeletal: _____

Skin: _____

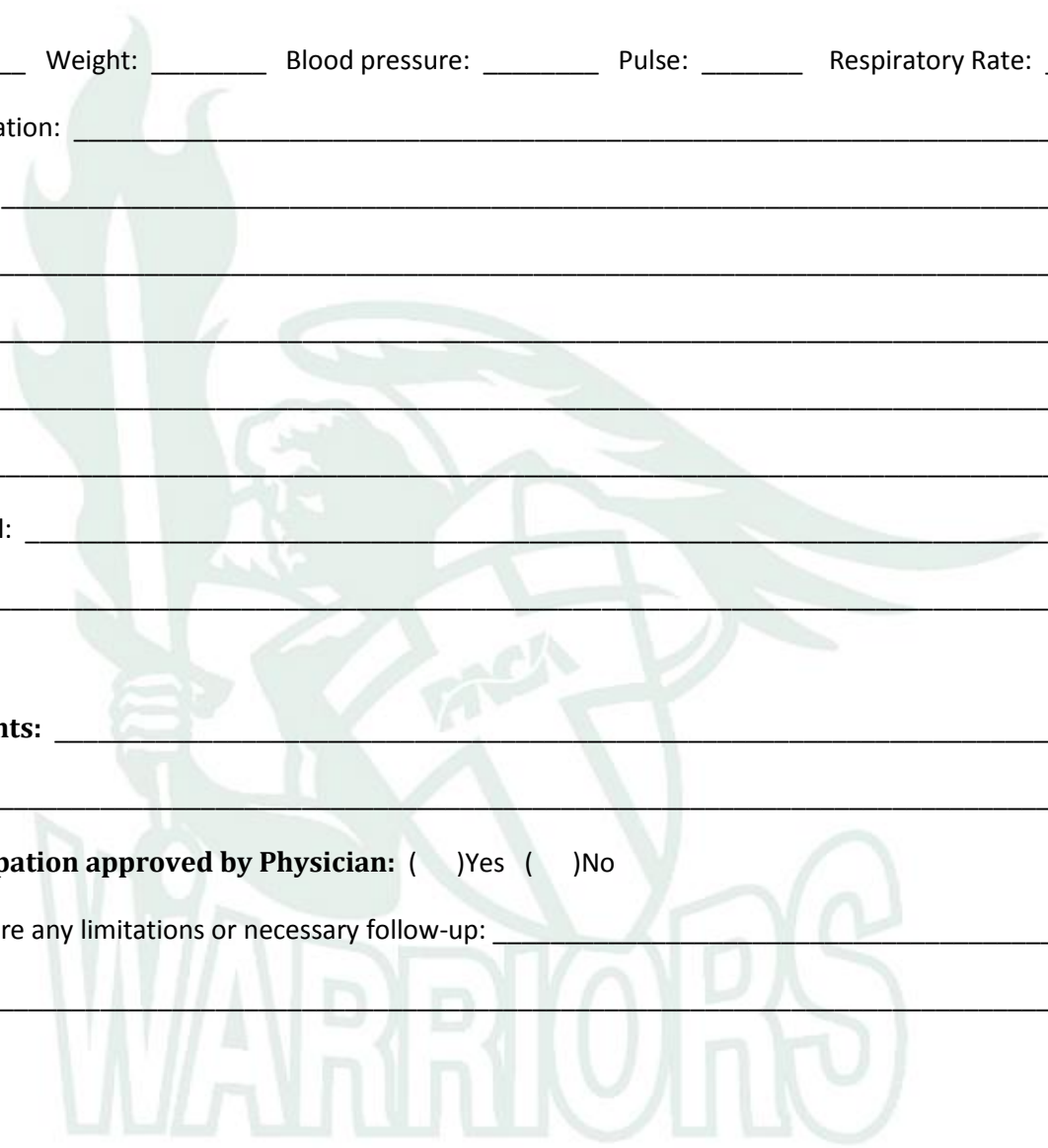
Other comments: _____

Sports participation approved by Physician: ()Yes ()No

Please if there are any limitations or necessary follow-up: _____

Signature of Physician: _____ Date: ____/____/____

Physician's Stamp





Atividades Esportivas Escola Cristã Pan Americana

Nome do aluno: _____

Sex: M ou F Idade: _____ Série/Ano: _____ Data: ____ / ____ / _____

Relatório Médico

Esta seção deverá ser preenchida pelo médico especificando as seguintes informações ou qualquer condição médica que a escola deva conhecer para maior atenção e benefício do aluno.

Sinais Vitais:

Altura: _____ Peso: _____ Pressão: _____ Pulso: _____ Respiração: _____

Informações sobre Condição Física:

Estado geral físico: _____

Cabeça / pescoço: _____

Condição cardíaca: _____

Tórax: _____

Abdome: _____

Músculo / esquelético: _____

Pele: _____

Outros comentários: _____

Profissional Médico autoriza o aluno(a) a participar das atividades esportivas da escola: () Sim () Não

Favor citar se há alguma limitação ou se é necessário algum acompanhamento: _____

Assinatura do Médico: _____ Data: ____ / ____ / _____

Carimbo médico: