

FOTO
3 x 4GRADUAÇÃO
FICHA MÉDICA

NOME: <i>Anderson Santos de Jesus</i>		
CURSO: <i>Educação Física</i>		TURNO: <i>Noturno</i>
FILIAÇÃO:		
PAI: <i>Leão Laurindo de Jesus</i>		
MÃE: <i>Adeani Santos de Jesus</i>		
ENDEREÇO: <i>Novo Lândia</i>		
BAIRRO: <i>Rua da quadra</i>		CEP: <i>45465-000</i>
CIDADE: <i>Tesolândia</i>		TELEFONE: <i>75993205738</i>
TIPO SANGUÍNEO:	RH:	Email: <i>Andersonsantos20042008@gmail.com</i>
PORTADOR DE ALGUM PROBLEMA CONGÊNITO:		
<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL? _____		
ALERGIAS:		
<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL? <i>Polina e choro forte</i>		
EM CASO DE URGÊNCIA ENCAMINHAR PARA: <i>Hospital</i>		
EM CASO DE URGÊNCIA LIGAR PARA: <i>Pai TEL: (73) 98199-2738</i>		
OBSERVAÇÕES:		