**ANEXO V**

**DECLARAÇÃO DE CONDIÇÃO DE SAÚDE**

**( MODELO )**

( A ser apresentado pelo candidato no **INÍCIO, 6 meses após e no término do Projeto**)

Declaro, para os devidos fins de acompanhamento da condição de saúde no Projeto “MOVE+IF”, que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

apresenta nesta data os seguintes resultados de sua avaliação física:

**Pressão Arterial:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Peso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IMC:\_\_\_\_\_\_**

**Circunferência Abdominal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

São Paulo \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Médico(a), Enfermeira(o), Nutricionista ou Fisioterapeuta

Carimbo com nome e registro no Conselho de Classe