

FICHA DE AVALIAÇÃO POSTURAL

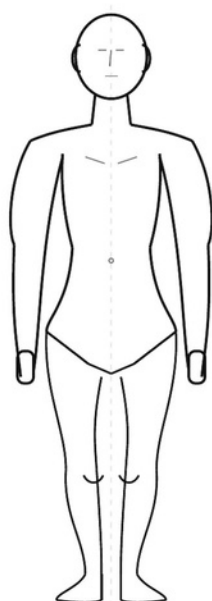
CRIANÇAS E ADOLESCENTES

NOME: _____

IDADE: _____ DATA NASC.: _____ DATA DA AVALIAÇÃO: _____

ESCOLA/TURMA: _____ AVALIADOR(A): _____

REGISTRO VISUAL



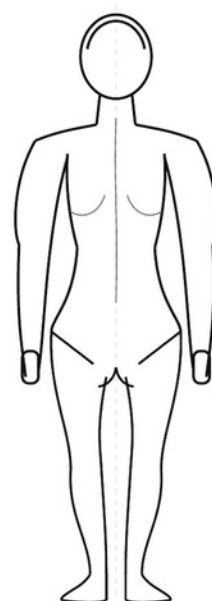
VISTA ANTERIOR



VISTA LATERAL DIREITA



VISTA LATERAL ESQUERDA



VISTA POSTERIOR

OBSERVAÇÕES / ASSIMETRIAS IDENTIFICADAS
