

Aluno(a): _____

Núcleo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este Questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física. Por favor, assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

- 1) **Algum médico já disse que o aluno possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?**
() Sim () Não
- 2) **O aluno sente dores no peito quando pratica atividade física?**
() Sim () Não
- 3) **No último mês, o aluno sentiu dores no peito ao praticar atividade física?**
() Sim () Não
- 4) **O aluno apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?**
() Sim () Não
- 5) **O aluno possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?**
() Sim () Não Se sim, qual: _____
- 6) **O aluno toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?**
() Sim () Não Se sim, qual: _____
- 7) **O aluno realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?**
() Sim () Não Se sim, qual: _____
- 8) **O aluno realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com a atividade física?** () Sim () Não Se sim, qual: _____
- 9) **O aluno já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?** () Sim () Não Se sim, qual: _____
- 10) **Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer a saúde do aluno?**
() Sim () Não Se sim, qual: _____



GESTÃO



REALIZAÇÃO



TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação. Declaro que as informações fornecidas sobre o aluno são verdadeiras.

LEI ESTADUAL Nº 6765 DE 05 DE MAIO DE 2014.

Nome do responsável: _____

Grau de Parentesco: () Pai () Mãe () Avó/Avô () _____

RG: _____ CPF: _____

(Local e data)

(Assinatura do responsável)

(a primeira folha deve ser rubricada pelo responsável)