



CLÍNICA DE FUTEVÔLEI BY DUNGA
INSCRIÇÃO – CLUBE CAIÇARAS
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 você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?
() Sim () Não
- 2) Você sente dores no peito quando pratica atividade física?
() Sim () Não
- 3) No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?
() Sim () Não
- 4) Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?
() Sim () Não
- 5) Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?
() Sim () Não
- 6) Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?
() Sim () Não
- 7) Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?
() Sim () Não
- 8) Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com a atividade física?
() Sim () Não
- 9) Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?
() Sim () Não
- 10) Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?
() Sim () Não

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.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do aluno ou responsável, se menor

DADOS DO ALUNO

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ RG: _____ E-MAIL: _____

TELEFONE: _____ TIPO SANGUÍNEO/FATOR RH: _____ PLANO DE SAÚDE: _____

DATA NASCIMENTO: _____ PESO: _____ KG

TELEFONE EMERGENCIAL: _____ NOME: _____

SÓCIO() OU CONVIDADO() DE: _____ AÇÃO: _____