



Questionário de Prontidão para Atividade Física-(PAR-Q)

Nome completo: _____

Idade: _____ Data nascimento: _____

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início da atividade física. Caso você responda "SIM" a uma ou mais perguntas, converse com seu médico ANTES de aumentar seu nível atual de atividade física. Mencione este questionário e as perguntas às quais você respondeu "SIM".

Por favor, assinale "SIM" ou "NÃO" às seguintes perguntas:

1. Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim Não

2. Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ ou perda de consciência?

Sim Não

3. Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?

Sim Não

4. Você tem tomado medicamentos atualmente (Receitado ou não pelo médico)? Se a resposta for positiva, especifique os tipos e as quantidades que você está tomando:

Sim Não

5. Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?

Sim Não

6. Você é alérgico a algum tipo de medicamento? Se a resposta for positiva, especifique:

Sim Não

7. Por Favor, relate quaisquer outras alergias que você tenha (Comida, Rinite Alérgica, Pólen, Poeira) e se você se submete / submeteu a algum tipo de tratamento relacionado a elas:

Sim Não

8. Você fez tratamento com acompanhamento médico contra alguma doença nos últimos 03 anos? descreva;

Sim Não

9. Você sofreu algumas cirurgias nos últimos 03 anos? Se a resposta for positiva especifique:

Sim Não

10. Se você for do sexo feminino, existe alguma chance de estar grávida?

Sim Não

11. Existe alguma ou outra informação pertinente à sua saúde que nós deveríamos saber?

Sim Não

12. Você tem tido alguns dos seguintes sintomas ou foi diagnosticado com (assinale):

() Falta de ar; () Pressão Alta; () Taquicardia; () Náuseas / Vômito; () Palpitações; () Dores de Cabeça; () Tonturas; () Sangue na Urina; () Visão Turva; () Pressão Baixa; () Perda de Audição; () Sangue nas Fezes; () Dor no Peito; () Hipertireoidismo; () Tuberculose; () Mononucleose; () Hipotireoidismo; () Dormência dos Braços e das Pernas () Hepatite tipo:

13 – Nome e telefone do médico ou pessoa que deverá ser avisado em caso de URGÊNCIA?

Declaro que as informações que prestei são verdadeiras e assumo a responsabilidade por sua exatidão.

Local / Data: _____ - PI, ____/____/____

Assinatura participante: _____



Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física

Nome completo: _____

Idade: _____ Data nascimento: _____

Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física, por ter respondido “SIM” a uma ou mais perguntas do “Questionário de Prontidão para Atividade Física” (PAR-Q).

Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

O ATLETA AO CONFIRMAR SUA INSCRIÇÃO DECLARA:

- 1- Serem verdadeiras as informações acima;
- 2- Estar ciente e de acordo com o regulamento da prova;
- 3- Que se responsabiliza pelos seus atos e por quaisquer consequências que deles possam advir, seja a sua própria pessoa ou terceiros, isentando as entidades e empresas envolvidas direta ou indiretamente neste evento de toda e qualquer responsabilidade sobre o mesmo.
- 4- O direito autoral de todas as imagens colhidas durante o evento (fotos, filmagens, etc.) pertence à empresa organizadora do evento;
- 5- Assumo estar apto e em condições físicas para participar da competição mesmo sabendo que a risco de acidentes e renuncio a todo tipo de ação legal contra os organizadores, promotores e as empresas envolvidas no evento.

Local / Data: _____ - PI, ____/____/____

Assinatura do participante (conferir com a cédula de identidade)

Para atletas com idade inferior a 18 anos a ficha deve ser assinada pelos pais ou responsável.