



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.

6 - Declaro saber previamente que os locais e trilhas por onde passa o roteiro da competição possuem fauna e flora diversificada, sendo latente a possibilidade de o mesmo vir a se deparar no trecho percorrido com animais peçonhentos: cobras, aranhas, abelhas, maribondo ECT., que poderá através de mecanismo de alto-defesa vim a causar acidentes, bem como poderei ainda sofrer choques abruptos com galhos de árvores buracos e depressões existentes no trecho e no percurso , assumindo, em vista do conhecimento prévio destas possibilidades, todos os riscos decorrentes deste fator fortuito com relação aos quais considera o prestador de serviço (Organizadores do Evento) integralmente isento de qualquer responsabilidade.

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.