

## Ficha de Inscrição



Núcleo \_\_\_\_\_

Professor(a) \_\_\_\_\_

### Dados Pessoais

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( )F ( )M ( )Outro. CPF: \_\_\_\_\_

### Contato

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Telefone Celular: ( ) \_\_\_\_\_

### Endereço

End.: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

### Formação

Ensino: ( ) Analfabeto ( ) Fundamental 1 ( ) Fundamental 2 ( ) Médio ( ) Superior

### Outras Informações

#### Condições de Saúde/Diagnósticas

Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Qual seu objetivo ao praticar atividade física? ( ) Convívio Social ( ) Prevenção/Saúde

( ) Condicionamento Físico ( ) Recomendação Médica

Faz acompanhamento psicológico ou psiquiátrico? ( ) Sim ( ) Não

Antes ou depois da pandemia pela Covid 19? ( ) Antes ( ) Depois

Deficiência? ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual/Cognitiva ( ) Física ( ) Outra:

Em caso de emergência, falar com \_\_\_\_\_ Contato: ( )

Validade do Atestado Médico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data do Preenchimento da Ficha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DECLARO O CUMPRIMENTO DE TODOS OS PROTOCOLOS SANITÁRIOS, REFERENTES AO COMBATE DO COVID-19 PARA PARTICIPAR DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS POR ESTA SECRETARIA E TODAS AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESSE FORMULÁRIO SÃO VERDADEIRAS.**

EU, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,  
AUTORIZO A PREFEITURA DE NOVA IGUAÇU, A UTILIZAR TODO E QUALQUER MATERIAL ENTRE IMAGENS, VÍDEOS E VOZ, CAPTURADOS DURANTE AS ATIVIDADE E/OU EVENTOS.

Assinatura

Faz uso regular de algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

Alérgico a algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

É fumante? ( ) Sim ( ) Não

Diabetes? ( ) Sim ( ) Não

Medicamento: \_\_\_\_\_

Etilista? ( ) Sim ( ) Não

Já teve câncer? ( ) Sim ( ) Não

Cardiopatia? ( ) Sim ( ) Não

Problema renal? ( ) Sim ( ) Não

COVID? ( ) Sim ( ) Não

Sequela:

Vacinação COVID? ( ) Sim ( ) Não

( ) 1º dose ( ) 2º dose ( ) 1º reforço ( ) 2º reforço

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Avaliações

<b>Data</b>					
<b>P.A.</b>					
<b>Peso</b>					
<b>Altura</b>					
<b>Cintura</b>					
<b>Abdômen</b>					
<b>Quadril</b>					
<b>Panturrilha D</b>					
<b>Panturrilha E</b>					
<b>Glicemia</b>					
<b>IMC</b>					
<b>Risco Cardíaco</b>					
<b>Observações</b>					

## 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 e qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.**

Nome Aluno

Nome Responsável

Assinatura

Assinatura Responsável

Nova Iguaçu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2025

