

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

Religião: _____ Estado Civil: () Solteiro (a) () Casado (a) () Viuvo(a)
() União Estável

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

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

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