



FICHA DE INSCRIÇÃO



NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: _____

CPF: _____,

CURSO: _____

MATRÍCULA SIGA : _____

ENDEREÇO:

TELEFONE DE EMERGÊNCIA: _____ CELULAR: _____

EMAIL: _____

APRESENTA DOENÇA? QUAL? _____

USA MEDICAMENTO? QUAL? _____

POSSUI PLANO DE SAÚDE? QUAL? _____

Assinatura

**Dados a serem preenchidos pela coordenação do projeto:*

NÚMERO DE INSCRIÇÃO:

Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q)



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 sente dores no peito quando pratica atividade física?
 Sim Não
3. No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física?
 Sim Não
4. Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ ou perda de consciência?
 Sim Não
5. Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?
 Sim Não
6. Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?
 Sim Não
7. Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?
 Sim Não

Nome completo _____ Idade: _____

Data _____ Assinatura: _____

Se você respondeu %SIM+ a uma ou mais perguntas, leia e assine o %Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física+.

Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física

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.

Nome completo _____

Data _____ Assinatura: _____



Anamnese

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____. ____ anos.

Peso: _____. Altura: _____

Objetivo do treinamento:

() Emagrecimento () Hipertrofia () Condicionamento Físico

() Outros. Quais _____

1. Você já praticou exercício físico antes? Se sim quanto tempo praticou e o que praticou?

R: _____

2. Quanto tempo está sem fazer exercícios?

R: _____

2. É fumante () Sim () Não

4. Tem colesterol elevado? () sim () Não

5. Tem diabetes () sim () Não

6. Sente dores nas costas ou articulações () sim () não

Se sim, onde? _____

7. Possui alguma disfunção ortopédica na coluna? () Sim () Não

Qual? _____

8. Apresenta alguma patologia? () sim () não

Qual? _____

9. Apresenta alguma limitação de movimentos? Se sim, explique

R: _____

10. Passou por alguma cirurgia? Qual?

R: _____

11. Faz uso de remédios controlados ou suplementos termogênicos?

R: _____