



SERRA NEGRA ESPORTE CLUBE

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA (Lei Estadual nº 16724/18)

O PAR Q foi elaborado para auxiliar você a se auto ajudar. Os exercícios praticados regularmente estão associados a muitos benefícios de saúde. Completar o PAR Q representa o primeiro passo racional a ser tomado, caso você esteja interessado a iniciar ou aumentar a quantidade de atividade física em sua vida. Para a maioria dos indivíduos a atividade física não deve trazer qualquer problema ou prejuízo. O PAR Q foi elaborado para ajudar a identificar o pequeno número de adultos, para quem a prática de exercícios pode ser inadequada ou aqueles que devem buscar aconselhamento médico acerca do tipo de atividade que seria mais apropriado para eles. O bom senso é a melhor tática a ser adotada para responder a essas perguntas. Por favor, leia-as com atenção e marque "Sim" ou "Não" nos parênteses correspondentes que antecedem a cada pergunta. caso, se aplique a você.

ATENÇÃO: Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início da atividade física.

Data ___/___/___ N° Título _____ Idade _____

Nome completo do associado _____

modalidades praticadas _____

Assinatura

SIM	NÃO	PERGUNTAS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algum médico ja disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você sente dores no peito quando pratica atividade física?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ou perda de consciência?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração/asma/bronquite ou _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você tem diabetes? <input type="checkbox"/> Se do sexo feminino, você esta grávida

Caso tenha marcado "Sim" em alguma das questões, converse com seu médico ANTES de iniciar ou aumentar seu nível atual de atividade física.

a) Qual o tipo de medicação _____

b) Nome do médico e CRM _____

c) Qual o impedimento e/ou limitação física _____

Obs.: _____

ATENÇÃO: Maiores de 69 anos devem apresentar atestado de saúde contendo as informações solicitadas nos itens a, b e c acima.

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de iniciar/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 a veracidade das informações expostas no questionário "PAR Q", e assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

Sócios?() Não () Sim, titulo n° _____ Data Atual: ___/___/___

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___

Autorizo o menor acima identificado, a praticar atividades físicas/esportivas no SERRA NEGRA ESPORTE CLUBE.

Resp.: _____ RG: _____ CPF: _____

Grau parentesco: _____ Assinatura: _____

VALIDADE DO DOCUMENTO 6 meses

****Se necessário, utilizar o verso da folha para informações complementares****