

Modalidade: _____ Turma: _____

Dia: () Segunda () Terça () Quarta () Quinta () Sexta () Sábado

Horário: _____

Secretaria de
Esporte e Lazer

FORMULÁRIO DE PAR-Q

I – Identificação:

Nome: _____

Responsável: _____

Endereço: _____ CEP: _____

Tel. Resid.: _____ Tel. Celular: _____

CPF nº: _____ RG nº: _____

E-Mail: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Natural (Cidade): _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____

Em caso de emergência falar com: _____ Telefone: _____

II – ANEXO I

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA – PAR-Q

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 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 pessoas, 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 estas perguntas. Por favor, leia-as com atenção e;

ASSINALE COM X SIM ou NÃO a cada uma das 07 perguntas abaixo:

1) O seu médico já lhe disse alguma vez que você apresenta um problema cardíaco?

R. SIM(____) NÃO(____)

2) Você apresenta dores no peito com frequência?

R. SIM(____) NÃO(____)

3) Você apresenta episódios frequentes de tonteira ou sensação de desmaio?

R. SIM(____) NÃO(____)

4) Seu médico já lhe disse alguma vez que sua pressão sanguínea era muito alta?

R. SIM(____) NÃO(____)

5) Seu médico já lhe disse alguma vez que você apresenta algum problema ósseo ou articular como uma artrite, que tenha sido agravado pela prática de exercícios, ou que possa ser por eles agravado?

R. SIM(____) NÃO(____)

6) Existe alguma boa razão física, não mencionada aqui, para que você não siga programa de atividade física, se desejar fazê-lo?

R. SIM(____) NÃO(____)

7) Você tem mais de 65 anos e não está acostumado a se exercitar vigorosamente?

R. SIM(____) NÃO(____)

III – ANEXO II

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

DECLARO estar CIENTE de que é recomendável consultar 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 e total responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

Se você respondeu “SIM” a uma ou mais perguntas:

Se você não consultou seu médico recentemente, consulte-o pessoalmente, ANTES de intensificar suas atividades físicas e/ou de ser avaliado para um programa de condicionamento físico.

Diga a seu médico que perguntas você respondeu com um “sim” ao PAR-Q, ou mostre a ele a cópia deste questionário. Após a avaliação médica, procure aconselhar-se com ele acerca de suas condições para:

- Atividade física irrestrita, começando a partir dos baixos níveis de intensidade com aumento progressivo
- Atividade física limitada ou supervisionada que satisfaça suas necessidades específicas, pelo menos numa base inicial.

Verifique em sua continuidade os programas ou serviços especiais.

Se você respondeu “não” a todas as perguntas.

Se você respondeu corretamente ao PAR-Q, você tem uma razoável garantia de apresentar as condições adequadas para:

- UM PROGRAMA DE EXERCÍCIOS ADEQUADOS – com um aumento gradual da intensidade visando um bom desempenho no condicionamento físico, ao mesmo tempo em que minimiza ou elimina o desconforto associado.
- UMA AVALIAÇÃO FÍSICA – É sempre indicada uma avaliação dos níveis de aptidão física para uma prescrição adequada de um programa de exercícios.

Adiar o programa de exercício

Na vigência de uma enfermidade temporária de menor gravidade, tal como um resfriado comum.

Declaração:

Assumo a veracidade das informações prestadas acima e declaro que estou em plenas condições de saúde e apto a realizar exercícios físicos, sem nenhuma restrição médica para me submeter a um programa de treinamento físico, **DECLARO AINDA ESTAR CIENTE QUE ARTES MARCIAIS, CAPOEIRA E LUTAS SÃO ESPORTES DE CONTATO E, COMO TODO ESPORTE DE CONTATO, PODEM HAVER LESÕES PROVENIENTES DISSO E, DESDE JÁ CONCORDO EM ASSUMIR TAL RISCO SE PRATICAR TAL ATIVIDADE, ISENTANDO O CENTRO OLÍMPICO DE QUALQUER TIPO DE RESPONSABILIDADE SOBRE ISSO.**

DECLARO AINDA ESTAR CIENTE QUE, APESAR DO CENTRO OLÍMPICO ESTAR TOMANDO TODOS OS CUIDADOS EXIGIDOS POR LEI NA PREVENÇÃO AO COVID, O MESMO, POR SE TRATAR DE UMA DOENÇA VIRAL PODE SER ADQUIRIDO DENTRO OU FORA DO AMBIENTE DO CENTRO OLÍMPICO E, POR TAL FATO, EXIMO O CENTRO OLÍMPICO E O GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL DE QUALQUER RESPONSABILIDADE POR UMA EVENTUAL CONTAMINAÇÃO POR MINHA PARTE.

Declaro, ainda, que não sou portador de nenhuma moléstia infecto contagiosa que possa prejudicar os demais frequentadores do ambiente de exercícios.

*****EXISTE ALGUMA PATOLOGIA/DOENÇA/LESÃO OU CIRURGIA QUE NECESSITE UMA ATENÇÃO ESPECIAL E QUE VOCÊ QUEIRA RELATAR ANTES DE INICIAR AS ATIVIDADES FÍSICAS? R. SIM(____) NÃO(____)**
SE SIM, FAVOR ESCREVER QUAL(IS) NO VERSO.

Data: ____/____/2022

Assinatura: _____

(No caso de Menor de idade, o maior responsável deve assinar e colocar seu RG e CPF)