



Ficha de Inscrição (Maiores de 18 anos)

Modalidade _____ Local: _____ Horário _____

Nome: _____ RG nº _____

Data de nascimento: ____/____/____ Local: _____ Sexo: _____ CPF _____

Endereço: _____ Fones: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Local de Trabalho: _____ Ocupação: _____

Pratica esportes? () Sim () Não - Quais? _____

Tem problemas de saúde? () Sim () Não - Quais? _____

Tem alguma deficiência? () Sim () Não - Quais? _____

Assistência médica: () SUS () Outros: _____

Em caso de emergência, AVISAR: _____ Fone: _____

Termo de Responsabilidade (Maiores de 18 anos)

Declaro que assumo total responsabilidade pela minha saúde, **devendo, para o início das atividades, responder ao “Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q). Caso ocorra a resposta positiva em algum dos itens no questionário, estou ciente e comprometo-me a apresentar antes do início das atividades, ATESTADO MÉDICO recente** que ateste que estou apto(a) para a prática desportiva na qual estou me inscrevendo. Declaro ainda estar ciente que sou responsável pela minha assistência médica, no caso de qualquer tipo de ocorrência decorrente desta prática desportiva, cabendo a Secretaria Municipal de Esportes e Lazer (S.M.E.L.), apenas os primeiros socorros necessários. Autorizo também a utilização de áudios, vídeos e impressos para a divulgação institucional das atividades da modalidade na qual estou inscrito, seja por meio de imagens, depoimentos ou matérias escritas, conforme autorizado em legislação própria.

Itupeva, _____ de _____ de _____

Assinatura do (a) Aluno (a)



A **Secretaria de Esportes e Lazer da Prefeitura Municipal de Itupeva** em observância às disposições contidas na Lei Estadual nº. 16.724/2018 que regulamenta e flexibiliza novos métodos de avaliação médica para os praticantes de atividades físicas e desportivas, estabelece que:

- I. Os alunos ou atletas entre **15 e 69 anos** deverão responder atentamente o **Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q)**, responsabilizando-se pela veracidade das respostas.
- II. Para os alunos ou atletas com idade inferior a **15 anos**, será necessário a autorização por escrito de pais ou responsável.
- III. Para os alunos ou atletas com idade a partir de **70 anos**, será necessário apresentação do atestado médico de aptidão física para a prática de atividade física, do qual deverá constar, obrigatoriamente, o nome completo do médico, seu número do Conselho Regional de medicina (CRM) e eventuais observações relativas às especificidades de cada caso concreto.
- IV. O aluno ou atleta entre **15 e 69 anos** que responder **“SIM”** em pelo menos uma das questões, deverá juntamente com o questionário (PAR-Q), apresentar o competente atestado médico, na forma descrita no item imediatamente acima.
- V. O referido Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q) **terá a validade de 1(um) ano a partir da data de apresentação.**

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:	SIM	NÃO
1. Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionada por profissionais de saúde?		
2. Você sente dores no peito quando pratica atividade física?		
3. No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física?		
4. Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ou perda de consciência?		
5. Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado com atividade física?		
6. Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e /ou problema de coração		
7. Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?		
8. Você já apresentou/protocolou na Secretaria de esportes do município de Itupeva algum Atestado médico com restrições à prática de atividade esportiva.		

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Eu _____, responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das respostas acima, comprometendo-me a comunicar a Secretaria de Esportes e Lazer da Prefeitura Municipal de Itupeva, por escrito, qualquer evento adverso que venha a alterá-las, assim como declaro ciência das disposições da **Instrução Normativa nº 01/2022** e de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física.

Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

Nome Completo do Atleta: _____

Data da entrega: ___/___/___ RG do atleta: _____ Assinatura do Aluno/Atleta: _____