

AVALIAÇÃO E DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA (PAR-Q)

Este questionário possui o objetivo de identificar a necessidade de avaliação clínica e médica antes do início da atividade física. Caso você marque um SIM, é obrigatória a realização da avaliação clínica e médica e apresentação do atestado médico (Anexo 4).

O bom senso é o seu melhor guia ao responder estas questões. Por favor, leia atentamente cada questão e marque SIM ou NÃO.

1	Alguma vez seu médico disse que você possui algum problema cardíaco e recomendou que você só praticasse atividade física sob prescrição médica?	() SIM	() NÃO
2	Você sente dor no tórax quando pratica uma atividade física?	() SIM	() NÃO
3	No último mês você sentiu dor torácica quando não estava praticando atividade física?	() SIM	() NÃO
4	Você perdeu o equilíbrio em virtude de tonturas ou perdeu a consciência quando estava praticando atividade física?	() SIM	() NÃO
5	Você tem algum problema ósseo ou articular que poderia ser agravado com a prática de atividades físicas?	() SIM	() NÃO
6	Seu médico já recomendou o uso de medicamentos para controle da sua pressão arterial ou condição cardiovascular?	() SIM	() NÃO
7	Você tem conhecimento de alguma outra razão física que o impeça de participar de atividades físicas?	() SIM	() NÃO

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro estar ciente que é extremamente recomendável levar ao conhecimento médico, antes do início ou prática de atividade física, o fato de ter respondido "SIM" a uma ou mais perguntas do Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q).

Eu, _____,
brasileiro, _____ (estado civil), portador da carteira de identidade
RG n.º: _____ e do CPF n.º: _____,
residente e domiciliado em _____
(endereço completo), declaro para os devidos fins legais, que me encontro apto e
em perfeitas condições de saúde física e mental para praticar esporte na
modalidade de _____, razão pela qual assumo plena
responsabilidade por qualquer atividade física praticada e isento total e
irrestritamente a AABB, a Comissão Organizadora do evento, a FENABB e o
CESABB de quaisquer responsabilidades por danos causados à minha saúde em
razão da atividade física.

(local e data)

Assinatura