

# Associação Aquática

## Circuito de Maratonas Aquáticas – 2021

Em conformidade com a Lei Estadual/SP nº 10.848, de 06 de julho de 2011 (Atualizada até a Lei nº 16.724, de 22 de maio de 2018) no que se referem os Artigos 1º, 5º, itens I, II, III e parágrafo único, solicitamos os preenchimentos e assinaturas do **Questionário de Prontidão para Atividade Física** e do **Termo de Responsabilidade para a Prática de Atividade Física**.

**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.**

### Questionário de Prontidão para Atividade Física

- 1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado(a) por profissionais de saúde? ( )SIM ( )NÃO
- 2) Você sente dores no peito quando pratica atividade física? ( )SIM ( )NÃO
- 3) No ultimo 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 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

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nome Completo: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### 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.

Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação, bem como pela veracidade das respostas questionadas no “Questionário de Prontidão para Atividade Física”.

Conforme Artigo 1º da Lei 16.724/18, parágrafo II, autorizo, como responsável [Pai ( ) Mãe ( )] pelo(a)

menor \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

praticar as modalidades Maratona Aquática e Natação. Ciente de que fui orientado com relação à visita periódica ao Médico, bem como à realização de Exames Médicos necessários às práticas de atividades físicas.

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ NOME COMPLETO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_