

Associação Aquática

Circuito de Maratonas Aquáticas – 2022

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.

Caso já possua numeração para a temporada favor informar a numeração e prova.

Numeração: _____ Prova: _____

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 último 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: _____