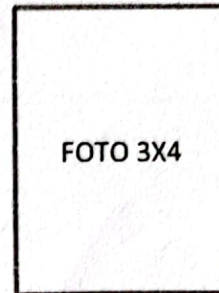


Núcleo: Rio de Janeiro
(Município/Bairro)



FICHA DE INSCRIÇÃO

(adulto)

Aluno: Cláudia Lucia dos Santos Xavier Nasc: 29/10/1970

RG: 09.104.184-8 CPF: 011.848847-30 Whatsapp: (21) 976573009

Sexo: M () F (X) Endereço: Rua Orge 26 casa 1 QD Cidade: Rio de Janeiro

Possui Deficiência? Se sim, Qual? _____

Possui doença pré-existente? Se sim, Qual? _____

Uniforme Tamanho: () P () M () G (X) GG Como Conheceu o projeto? _____

Contato de emergência 1: Nome Rogério Parentesco Avô Whatsapp: (21) 9929-27749

Contato de emergência 2: Nome Luciene Parentesco Amiga Whatsapp: (21) 96479-3730

DECLARAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO

Neste ato, e para todos os fins em direito admitidos eu, _____, acima assinalado, solicito inscrição no Projeto Transformando Vidas, declaro ter recebido o uniforme e autorizo a utilização de minha imagem e voz, em caráter definitivo e gratuito, em fotos e filmagens decorrentes de minha participação no referido projeto.

Me comprometo ainda a realizar a DEVOLUÇÃO DO UNIFORME fornecido pelo projeto em caso da não mais participação minha, por qualquer motivo.

Cláudia B. dos S. Xavier
Assinatura do aluno

28/02/2023
Data da assinatura

Anexar à ficha de inscrição:

- Cópia do RG, CPF e comprovante de residência;
- Atestado médico para prática de atividades esportivas ou PARQ preenchido;

Os documentos acima relacionados são INDISPENSÁVEIS para que o aluno possa iniciar suas atividades no núcleo esportivo.

PARQ - QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem como objetivo identificar a necessidade de avaliação clínica e médica. Caso seja respondido um SIM, é fortemente sugerida a realização da avaliação clínica e médica.

Por favor, leia atentamente cada questão e responda SIM ou NÃO.

1. Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde? () Sim (X) Não
2. Você sente dores no peito quando pratica atividade física? () Sim (X) Não
3. No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física? () Sim (X) Não
4. Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ou perda de consciência? () Sim (X) Não
5. Você possui algum problema ósseo/articular que pode ser piorado pela atividade física? () Sim (X) Não
** Amiga no joelho direito.*
6. Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração ou diabete?
(X) Sim () Não
- 7) Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física? () Sim (X) Não
- 8) Esta gestante no ato da matrícula? () Sim (X) Não

Declaração de Responsabilidade

Assumo a veracidade das informações prestadas neste questionário "PAR-Q" e afirmo estar liberado (a) pelo meu médico para participação em atividades físicas.

Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação e isento a Associação Beneficente Bem Viver, bem como todos diretamente envolvidos no desenvolvimento das atividades oferecidas e praticadas por mim, de toda e qualquer responsabilidade por danos a minha saúde ou de qualquer outra espécie, que eventualmente possam ser causados.

- Nome do(a) participante: Cláudia D. dos S. Xavier
- Nome do(a) responsável se menor de 18 anos: _____

Data / Assinatura (Assinatura do Responsável no caso de menor de 18 anos)

28/02/2023

CP
Assinatura