

DANÇA A.

Núcleo: Nova Iguaçu  
(Município/Bairro)



## FICHA DE INSCRIÇÃO

(adulto)

Nome: Odaleia da Conceição Vicente Nasc: 01/04/1962  
Mãe: 10121013-6 CPF: 685-849-034 Whatsapp: (21) 97525-5401  
Sexo: M ( ) F () Endereço: Jardim 20 casa 80 Cidade: Nova Iguaçu  
Possui Deficiência? Se sim, Qual? /  
Possui doença pré-existente? Se sim, Qual? /  
Forme Tamanho: ( ) P ( ) M ( ) G () GG Como Conheceu o projeto? /  
Contato de emergência 1: Nome Leise Parentesco filha Whatsapp: (21) 96476-9140  
Contato de emergência 2: Nome mônica Parentesco filha Whatsapp: (21) 969311959

### DECLARAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO

Neste ato, e para todos os fins em direito admitidos eu, Odaleia da Conceição, acima assinado, 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 de não mais utilização minha, por qualquer motivo.

Odaleia da Conceição Vicente  
Assinatura do aluno

02/03/2023  
Data da assinatura

#### ficha de inscrição:

- RG, CPF e comprovante de residência;
- atestado médico para prática de atividades esportivas ou PARQ preenchido;
- 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  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/articular que pode ser piorado pela atividade física?  Sim ( ) Não  Sim ( ) Não
6. Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração ou diabetes?  Sim ( ) Não
- 7) Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?  Sim ( ) Não
- 8) Esta gestante no ato da matrícula? ( ) Sim  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 lsepto 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: Valéria da Conceição Vicente
- Nome do(a) responsável se menor de 18 anos: \_\_\_\_\_

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

02/03/23

Valéria da Conceição Vicente  
Assinatura



VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Nascimento  
01/04/1962

Nome  
ODALEIA DA CONCEICAO VICENTE

Número  
685.849.037-04

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL  
DGPTG/INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO FÉLIX PACHECO



50



*Odaleia da Conceição Vicente*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

