

ginástica A

Núcleo: Nova Squacy
(Município/Bairro)

FOTO 3X4

FICHA DE INSCRIÇÃO

(adulto)

Aluno: Roberta da S. Andrade Batista Nasc: 01/11/81
RG: 20.074.137.9 CPF: 102.956.997-52 Whatsapp: (21) 96544 5650
Sexo: M () F (X) Endereço: Drº Johann Heinrich Cidade: NI
Possui Deficiência? Se sim, Qual? nao
Possui doença pré-existente? Se sim, Qual? Asma
Uniforme Tamanho: () P (X) M () G () GG Como Conheceu o projeto? Grupo Facebook
Contato de emergência 1: Nome Rosane Parentesco Amiga Whatsapp: (21) 97176.
Contato de emergência 2: Nome _____ Parentesco _____ Whatsapp: () _____

DECLARAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO

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

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

Roberta da S. A. Batista
Assinatura do aluno

25/02/2023
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 espor'

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
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 médico para participação em atividades físicas.

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

- Nome do(a) participante: Roberta da S. A. Batista
- Nome do(a) responsável se menor de 18 anos: _____

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

25/02/23

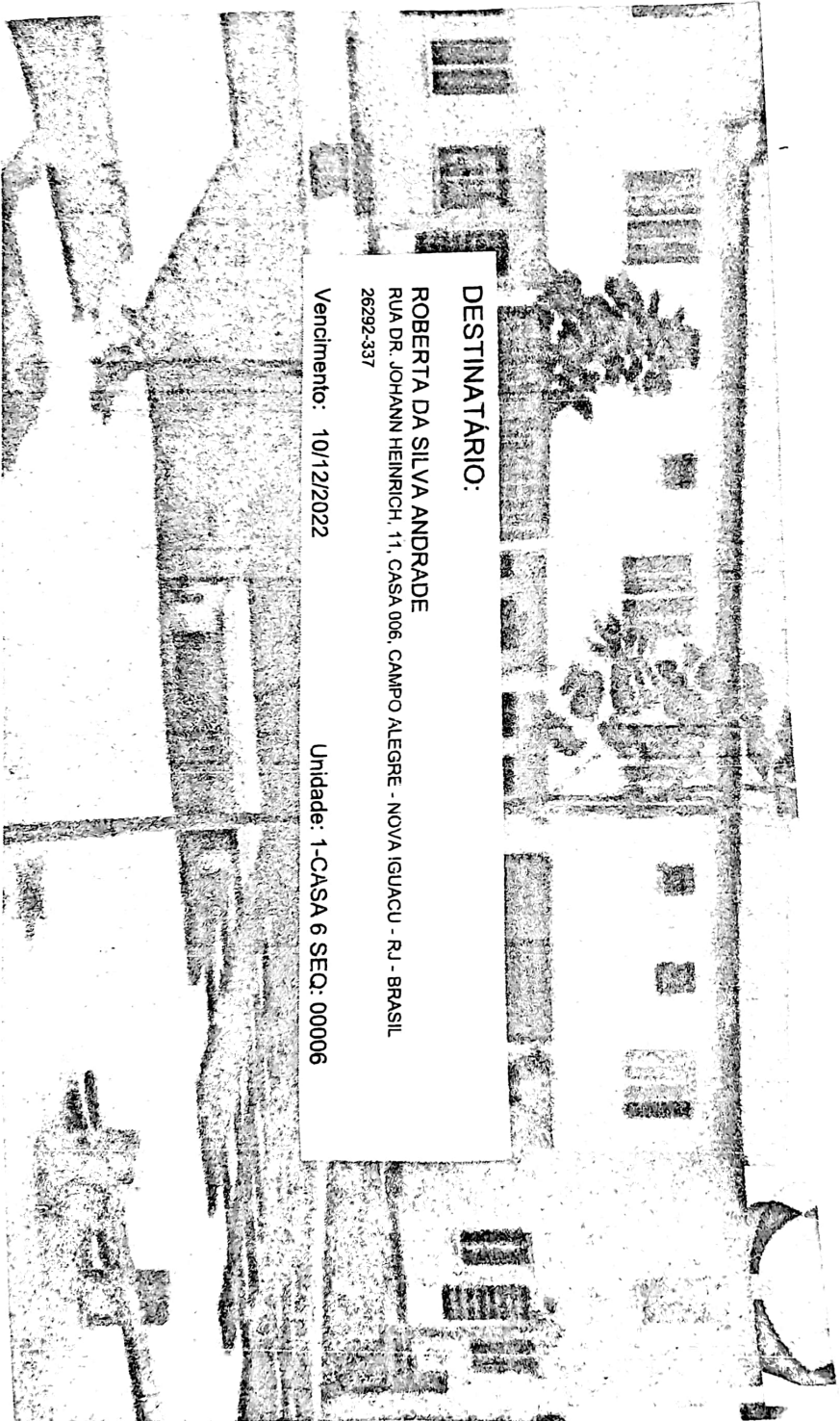
Roberta da S. A. Batista
Assinatura

DESTINATÁRIO:

ROBERTA DA SILVA ANDRADE
RUA DR. JOHANN HEINRICH, 11, CASA 006, CAMPO ALEGRE - NOVA IGUAÇU - RJ - BRASIL
26292-337

Vencimento: 10/12/2022

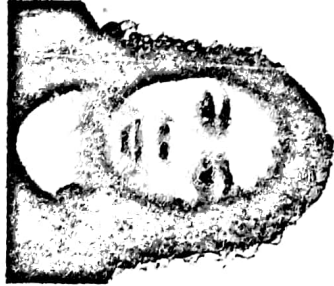
Unidade: 1-CASA 6 SEQ: 00006



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

ROBERTA DA SILVA ANDRADE BATISTA



ILHAÇÃO
MANOEL INÁCIO DE ANDRADE
ROZINETE OLIVEIRA DA SILVA ANDRADE

DATA NASC. 01/11/1981
NATURALIDADE NOVA IGUAÇU/RJ

CONDIÇÃO NÃO HÁ
FATOR III XXXXX

Roberta da S. A. Batista

PROIBIDO PLASTIFICAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL


CPF 102.956.997-52 IPR 000000000000000000
REGISTRO CIVIL 20.074.137-9 DATA DE EXP. DÇÃO 04/08/2022
MTRICULA NÚMERO: 093260-01-55-2012-2-00067-133-0022721-05

T. ELEIÇÃO NÃO INFORMADO
NIS / PIS / PASEP NÃO INFORMADO
CERT. MILITAR NÃO INFORMADO
CRM NÃO INFORMADO
ZVA 2VA

CPF / SEI / UF NÃO INFORMADO
IDENTIDADE PROFISSIONAL NÃO INFORMADO
CNS NÃO INFORMADO

Adolpho Konder

ADOLPHO KONDER HONEN DE CARVALHO FILHO
PRESIDENTE DO DETRAN/RJ
ID: 5014108-2 0257



PROFISSIONAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL