



Associação Municipal



SECRETARIA ESPECIAL DO ESPORTE

MINISTÉRIO DA CIDADANIA



Dança B.

Núcleo: Nova Iguaçu  
(Município/Cidade)



### FICHA DE INSCRIÇÃO

(adulto)

Aluno: Miriam Gonçalves F. de Jesus Nasc: 12/04/1962  
 RG: 32967163-0 CPF: 035051848-52 Whatsapp: (21) 973036906  
 Sexo: M ( ) F ( ) Endereço: R. Albatroz In Jd 14 Nova Iguaçu Cidade: Nova Iguaçu  
 Possui Deficiência? Se sim, Qual? não  
 Possui doença pré-existente? Se sim, Qual? não

Uniforme Tamanho: ( ) P (X) M ( ) G ( ) GG Como Conheceu o projeto? através whatsapp.  
 Contato de emergência 1: Nome Matheus Parentesco filho Whatsapp: (21) 991989998  
 Contato de emergência 2: Nome Marcelo Parentesco filho Whatsapp: (21) 97618984

### DECLARAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO

Neste ato, e para todos os fins em direito admitidos eu, Miriam Gonçalves F. de Jesus, 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.

Miriam Gonçalves F. de Jesus  
Assinatura do aluno

06/03/2023  
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 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
6. Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração ou diabetes? ( ) Sim (X) 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 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 das 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: Miriam Gonçalves Freitas de Jesus
- Nome do(a) responsável se menor de 18 anos: \_\_\_\_\_

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

6/03/2023

Miriam de Jesus  
Assinatura

