

Ginástica - B

Núcleo: Nova Iguaçu
(Município/Bairro)

FOTO 3X4

FICHA DE INSCRIÇÃO

(adulto)

Aluno: Sueli Maria da Silva Nasc: 01/05/1963
RG: 06.774.325-6 CPF: 794.851.467-87 Whatsapp: (21) 976061407
Sexo: M () F (X) Endereço: Rua Albert Sabim 5172 Cidade: _____
Possui Deficiência? Se sim, Qual? _____
Possui doença pré-existente? Se sim, Qual? _____
Uniforme Tamanho: () P () M (X) G () GG Como Conheceu o projeto? indicada
Contato de emergência 1: Nome Diego Parentesco filho Whatsapp: (21) 99503-525
Contato de emergência 2: Nome Catarine Parentesco filha Whatsapp: (21) 97677540

DECLARAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO

Neste ato, e para todos os fins em direito admitidos eu, Sueli Maria da Silva, acim 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 minha participação minha, por qualquer motivo.

Sueli Maria da Silva
Assinatura do aluno

23/02/2023
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 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 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: Sueli Maria da Silva
- Nome do(a) responsável se menor de 18 anos: _____

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

23/07/2023

Sueli Maria da Silva
Assinatura

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
ATUALIZADA DE IDENTIFICAO CIVIL



0268

Polegar Direito



Sueli Maria da Silva

Assistive da Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 06.774.385-6 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/06/2016

NOME SUELI MARIA DA SILVA

FILIAÇÃO

MARIA JULIA DE ARAUJO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

01/05/1963

DOC. ORIGEM

C. CASM LIV 10-B FLS 55

TERM 3.009 C 002

NOVA IGUAÇU

RJ

CPF 794.851.467-87

Via 2

PIS 12020329427

JOSÉ CARLOS DOS SANTOS ARAUJO
PRESIDENTE
ID: 0534683

0268

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83