

Nome do aluno(a): Otávio dos Reis Scaffitelli

Data de Nascimento: 04/08/08

Idade: 13 anos

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este Questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física. Por favor, assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

- 1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente 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 ao praticar atividade física?
 Sim Não
- 4) Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?
 Sim Não
- 5) Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?
 Sim Não
- 6) Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?
 Sim Não
- 7) Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?
 Sim Não
- 8) Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com a atividade física?
 Sim Não
- 9) Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?
 Sim Não
- 10) Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?
 Sim Não