

Núcleo: Nova Iguaçu
(Município/Bairro)

Funcional B

FOTO 3X4

FICHA DE INSCRIÇÃO

(adulto)

Aluno: Gielle Ferreira Santos Nasc: 26/10/1999

RG: 113870661 CPF: 05243752759 Whatsapp: (21) 964078427

Sexo: M () F (x) Endereço: D. 15 casa 48 Cidade: _____

Possui Deficiência? Se sim, Qual? nao

Possui doença pré-existente? Se sim, Qual? nao

Uniforme Tamanho: () P (x) M () G () GG Como Conheceu o projeto? Amigo do Condomínio

Contato de emergência 1: Nome Marcelo Parentesco Mauco Whatsapp: (21) 970309613

Contato de emergência 2: Nome Gabriel Parentesco filho Whatsapp: (21) 982546490

DECLARAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO

Neste ato, e para todos os fins em direito admitidos eu, Gielle Ferreira Santos, 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.

Gielle Ferreira Santos
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.

LEI Nº 7.110 DE 29 DE AÇOUSTO DE 1983


VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

CPF 052.437.527-54 DMI 00000000000000000000
 REGISTRO GERAL 11.387.066-1 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/09/2019
 REGISTRO CIVIL
 C.CASM LIV 000838 FLS 106 TERM 0031656
 SÃO JOÃO DE MERITI RJ

TELLEOR CTPS/GÊRE/UI NÃO INFORMADO
 NÃO INFORMADO
 NIS/PS/PAS/P NÃO INFORMADO
 NÃO INFORMADO
 CL. RES. MILITAR NÃO INFORMADO
 NÃO INFORMADO
 CMS NÃO INFORMADO
 NÃO INFORMADO

2 V/A
 MARCELO CORDEIRO BERTOLUCCI
 PRESIDENTE DO DETRAN-RJ
 ID: 5098082-3 0553

POL: CADEBETIO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTeira de Identidade

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

NOME
GISELLE FERREIRA SANTOS

FILIAÇÃO
 UBIRACI DIAS DOS SANTOS

YOLANDA DE FÁTIMA FERREIRA


DATA NASC.
 26/10/1979

NATURALIDADE
 ESTADO DO RIO DE JANEIRO

QUÊ EVACUAÇÃO
 NÃO HÁ

FACTOR III
 XXXX

Giselle Ferreira Santos
 NOME EM LETRAS



PROIBIDO PLASTIFICAR

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: Guille Ferrera Santos
- Nome do(a) responsável se menor de 18 anos: _____

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

06/03/2023

Guille Ferrera Santos
Assinatura