



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOMBINHAS
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE ESPORTES DE
BOMBINHAS



**QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA
E ANAMNESE**

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO		
Nome do aluno:		
Data de Nascimento: ____/____/____		
Tel.1:	Tel.2:	Tel.3:
Em caso de emergência, avisar:		
Convênio médico: () Não () Sim / Qual:		Carteirinha nº.

Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q "Physical Activity Readness Questionnaire").		
QUESTIONÁRIO	SIM	NÃO
1. O médico já lhe disse alguma vez que seu filho tem um problema cardíaco?		
2. Seu filho tem dores no peito com frequência?		
3. Seu filho desmaia com frequência ou tem episódios importantes de vertigem?		
4. Algum médico já lhe disse que a pressão arterial do seu filho estava muito alta?		
5. Algum médico já lhe disse que seu filho tem um problema ósseo ou articular, que se tenha agravado com exercício ou que possa piorar com ele?		
6. Existe alguma boa razão física, não mencionada aqui, para que seu filho não siga um programa de atividade física, mesmo que você e ele queiram?		
7. Um médico já disse que seu filho tinha alguns dos problemas que se seguem? () Doença cardíaca coronária; () Ataque Cardíaco; () Doença cardíaca reumática; () Derrame cerebral; () Doença cardíaca congênita; () Epilepsia; () Batimentos cardíacos irregulares; () Diabetes; () Problemas nas Válvulas Cardíacas; () Câncer; () Murmúrios Cardíacos; () Angina. Por favor, explique: _____		
8. Você tem algum dos sintomas abaixo? () Dor nas costas; () Dor nas articulações, tendões ou músculos; () Doença pulmonar () Asma, () Enfisema; () outro: _____ Por favor, explique: _____		
9. Liste os medicamentos que seu filho está tomando (nome e motivo): _____ _____ _____		



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOMBINHAS
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE ESPORTES DE
BOMBINHAS



QUESTIONÁRIO	SIM	NÃO
10. Algum parente próximo de seu filho (pai, mãe, irmão ou irmã) teve ataque cardíaco ou outro problema relacionado com o coração?		
11. Algum médico disse que seu filho tinha alguma restrição à prática de atividade física?		
12. Seu filho fuma?		
13. Seu filho ingere bebidas alcoólicas?		
14. Atualmente seu filho tem se exercitado pelo menos 2 vezes por semana, por pelo menos 20 minutos?		
15. Quais são os seus objetivos ingressando seu filho na Escolinha de Iniciação Esportiva da Fundação de Esportes de Bombinhas? () perder peso; () melhorar aptidão cardiovascular; () melhorar a flexibilidade; () melhorar a condição muscular; () reduzir o estresse; () sentir-se melhor; () desenvolver e aprimorar a condição técnica na modalidade; () outros (especifique)_____		

Se você respondeu "sim" a uma ou mais perguntas

Se você não levou seu filho ao médico recentemente, consulte-o por telefone ou pessoalmente, ANTES de iniciarem as atividades físicas da Escolinha de Iniciação Esportiva.

Após a avaliação médica, procure aconselhar-se com ele acerca das condições de seu filho para realização de atividades físicas.

Se você respondeu "não" a uma ou mais perguntas

Se você respondeu corretamente ao Questionário de Prontidão para Atividade Física, seu filho tem razoável garantia de apresentar as condições adequadas para realizar ATIVIDADES FÍSICAS E ESPORTIVAS, como alongamentos, treinamentos de modalidades esportivas específicas, com aumento gradual de intensidade visando um bom desempenho, sempre com o acompanhamento de um instrutor.

Adiar a participação no Programa de Escolinhas de Iniciação Esportiva

Na vigência de uma enfermidade temporária de menor gravidade, tal como um resfriado comum.

Declaração

Assumo a veracidade das informações prestadas acima e declaro que _____ está em plenas condições de saúde e apto(a) a realizar atividades esportivas, sem nenhuma restrição médica.

Declaro, ainda, que o(a) mesmo(a) não é portadora de nenhuma moléstia infectocontagiosa que possa prejudicar os demais frequentadores do ambiente de exercícios.

Assinatura do responsável

Bombinhas, ____ de _____ de 2015.