



JOGOS DA TERCEIRA IDADE - JOTI FICHA DE INSCRIÇÃO

MODALIDADE VÔLEI MISTO

NOME EQUIPE: _____

ATLETA		IDADE	SEXO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			





QUESTIONÁRIO DE APTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

O presente questionário visa identificar a necessidade de avaliação médica anteriormente ao início da atividade física. Caso uma ou mais das respostas seja positiva, converse com seu médico antes de aumentar seu nível de atividade física atual.

Assinale “sim” ou “não” às seguintes perguntas:

	PERGUNTAS	SIM	NÃO
1	Seu médico já mencionou alguma vez que você tem uma condição cardíaca e que você só deve realizar atividade física recomendada por um médico?		
2	Você sente dor no tórax quando realiza atividade física?		
3	No mês passado, você teve dor torácica quando não estava realizando atividade física?		
4	Você perdeu o equilíbrio por causa de tontura ou alguma vez perdeu a consciência?		
5	Você tem algum problema ósseo ou de articulação que poderia piorarem consequência de uma alteração em sua atividade física?		
6	Seu médico está prescrevendo medicamentos para sua pressão ou condição cardíaca?		
7	Sabe de qualquer outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?		

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física e, em razão de ter respondido “sim” a uma ou mais das perguntas constantes do Questionário de Aptidão para Prática de Atividade Física, declaro que assumo inteira e irrestrita responsabilidade por qualquer atividade física praticadas em o atendimento a esta recomendação.

DATA:	
NOME:	
ASSINATURA:	