

Aluno(a): \_\_\_\_\_

Pai/Mãe/responsável Legal: \_\_\_\_\_

Identidade nº: \_\_\_\_\_ CPF nº: \_\_\_\_\_

Na qualidade de Pai/Mãe/Responsável Legal, declaro que o(a) aluno(a) acima, participará do Torneio São Marcelino Champagnat 2019 (APM Campeonato Alemão – TSMC 2019), por livre e espontânea vontade e atesto que está em perfeitas condições físicas e psicológicas, apto a praticar esportes, não apresentando qualquer tipo de impedimento ou restrição para esse fim.

Assumo todos os riscos envolvidos e suas consequências, isentando, assim, a Associação de Pais e Mestres, o Colégio Marista São José, os organizadores, colaboradores e patrocinadores DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE por danos materiais, morais ou físicos que, porventura, venha a sofrer, advindos da participação no torneio marista de 2019.

Declaro, ainda, estar ciente de que, se após o início do torneio, vier a ocorrer algum impedimento médico e/ou físico, que comprometa minha participação, deverei levar tal fato ao conhecimento dos organizadores, excluindo o(a) aluno(a) da participação no TSMC 2019.

Autorizo, a título de gratuidade, por prazo indeterminado e sem limite de quantidade, o uso de qualquer fotografia, filme ou outro tipo de mídia em que apareça minha imagem ou haja reprodução da minha voz, para a divulgação do torneio, sem nenhuma compensação financeira, sendo desnecessária, para tanto, qualquer outra permissão verbal ou escrita.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

\_\_\_\_\_  
Assinatura de Pai/Mãe/Responsável Legal

## FICHA MÉDICA DO(A) ALUNO(A)

Em caso de emergência, contatar: \_\_\_\_\_, tel.: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Fator RH: \_\_\_\_\_

Possui plano de saúde? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

É alérgico? ( ) Sim ( ) Não Especifique: \_\_\_\_\_

Está sob medicação de alguma espécie? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

Tem ou teve algum problema de saúde? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

Tem preferência por algum hospital ou clínica? \_\_\_\_\_

## Questionário de Prontidão para Atividade Física

### Lei Estadual Nº 6765, de 05 de maio de 2014

Este questionário tem, por objetivo, identificar a necessidade de avaliação por um médico, antes do início ou do aumento do 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 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