

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Futebol de Campo Adulto - TSMC 2018 Copa do Mundo da Rússia

Nome: \_\_\_\_\_

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

Declaro que estou participando do Torneio São Marcelino Champagnat 2018 (APM Campeonato Russo – TSMC 2018) de livre e espontânea vontade e atesto que estou em perfeitas condições físicas e psicológicas, apto a praticar esportes, não apresentando nenhum 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 2018.

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, me abstendo da participação no TSMC 2018.

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 divulgação do torneio, sem nenhuma compensação financeira, sendo desnecessária, para tanto, qualquer outra permissão verbal ou escrita.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

\_\_\_\_\_  
Assinatura como na identidade ou documento válido

### FICHA MÉDICA

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 de 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