

FICHA DE INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO:					
SIAPÉ		CAMPUS		CONTATO	()

*Estou ciente da apresentação obrigatória do **laudo médico** (para modalidades coletivas) informando minha aptidão para prática esportiva.*

_____ PA, ____ de setembro de 2019.

Assinatura do Servidor

MODALIDADE INDIVIDUAL

MODALIDADE	RUBRICA DO SERVIDOR	CONFIRMAÇÃO DO REPRESENTANTE DO CAMPUS
Xadrez (Masc)		
Xadrez (Fem)		
Dama (Masc)		
Dama (Fem)		
Dominó (Misto)*		
Jogos Eletrônicos (Masc)		
Jogos Eletrônicos (Fem)		
Ping Pong (Masc)		
Ping Pong (Fem)		

*O dominó é uma modalidade coletiva porém, está junto com a modalidade individual por não necessitar apresentação de atestado médico.

MODALIDADE COLETIVA

MODALIDADE	RUBRICA DO SERVIDOR	CONFIRMAÇÃO DO REPRESENTANTE DO CAMPUS
Futsal (Masc)		
Futsal (Fem)		
Vôlei (Masc)		
Vôlei (Fem)		
Basquete (Masc)		
Basquete (Fem)		
Vôlei de Praia (Misto)		

Preenchimento da Comissão Organizadora

→ Inscrição nº: _____ CRM do Laudo Médico: _____.

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA (PAR-Q)

1. Você pratica alguma atividade física ou algum esporte, pelo menos uma vez por semana?

☐ *sim* ☐ *não*

2. Alguma vez um médico lhe disse que você possui um problema de coração e recomendou que só fizesse atividade física sob supervisão médica?

☐ *sim* ☐ *não*

3. Você sente ou já sentiu dores no peito causada pela prática de atividade física ou durante a prática de algum esporte?

☐ *sim* ☐ *não*

4. Você sentiu dor no peito nos últimos 60 (sessenta) dias?

☐ *sim* ☐ *não*

5. Você tende a perder a consciência ou cair, como resultado de vertigem?

☐ *sim* ☐ *não*

6. Você já sofreu algum desmaio durante a prática de atividade física ou de algum esporte?

☐ *sim* ☐ *não*

7. Você tem algum problema ósseo ou muscular que poderia ser agravado com a prática de Atividades físicas?

☐ *sim* ☐ *não*

8. Algum médico já recomendou o uso de medicamentos para a sua pressão arterial ou condição cardiovascular?

☐ *sim* ☐ *não*

9. Há alguma outra razão que impeça sua prática de atividade física?

☐ *sim* ☐ *não*

NOME COMPLETO:					
SIAPÉ		CAMPUS		CONTATO	()

_____ - PA, ____ de setembro de 2019

_____ - PA, ____ de setembro de 2019

Assinatura do(a) Servidor(a)

Assinatura e Carimbo da Chefia Imediata