



# LIRA TÊNIS CLUBE

## Questionário de Aptidão para Atividade Física (Validade 01 ano)

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" e responda às seguintes perguntas:

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?

sim  não

2- Você sente dor no tórax quando realiza atividade física?

sim  não

3- No mês passado, você teve dor torácica quando não estava realizando atividade física?

sim  não

4 - Você perdeu o equilíbrio por causa de tontura ou alguma vez perdeu a consciência?

sim  não

5 - Você tem algum problema ósseo ou de articulação que poderia piorar em consequência de uma alteração em sua atividade física?

sim  não

6 - Seu médico está prescrevendo medicamentos?

sim  não

Qual o nome do medicamento? \_\_\_\_\_

Tipo? Pressão  Alta  Baixa

Condição Cardíaca  Depressão  Diabetes

Outros \_\_\_\_\_

7 - Sabe de qualquer outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?

sim  não

Declaro que assumo inteira e irrestrita responsabilidade por qualquer atividade física praticada por mim e/ou dependente (quando menor) e firmo serem verdadeiras as respostas acima assinaladas.

Nome completo Aluno: \_\_\_\_\_

Nome completo Resp: \_\_\_\_\_

RG/CPF: \_\_\_\_\_ Nº Matrícula: \_\_\_\_\_

Atividade Física: \_\_\_\_\_ Professor(a): \_\_\_\_\_

Local/Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_