**Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q)**

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início da atividade física. Caso você responda “SIM” a uma ou mais perguntas, converse com seu médico ANTES de aumentar seu nível atual de atividade física. Mencione este questionário e as perguntas às quais você respondeu “SIM”.

Por favor, assinale “SIM” ou “NÃO” às seguintes perguntas:

Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_

| Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?  ( ) SIM ( ) NÂO | Você sente dores no peito quando pratica atividade física?  ( ) Sim ( ) Não |
| --- | --- |
| No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física?  ( ) Sim ( ) Não | 4.Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ ou perda de consciência?  ( ) Sim ( ) Não |
| Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?  ( ) Sim ( ) Não | Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?  ( )Sim ( )Não |
| Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?  ( ) Sim ( ) Não |  |

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

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_-\_\_, DECLARO que sou responsavel legal pelo(a) estudante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_-\_\_ e que o(a) mesmo(a) está em pleno gozo de saúde e em condições físicas, não apresentando patologia ou distúrbio de saúde que implique em qualquer tipo de impedimento ou restrição à prática de exercícios e atividades físicas e esportivas.

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

Local e Data: , de \_\_\_\_\_\_ 20 .