

Ficha de Inscrição

**AQUA ZUMBA**

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo:  M  F

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Contacto(s): \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

SIM

NÃO

Aceito que sejam tiradas fotografias durante a realização das atividades e que estas possam ser utilizadas para fins de divulgação.

SIM

NÃO

Aceito que sejam enviadas para o meu endereço eletrónico newsletter/anúncios do Município de Pampilhosa da Serra.

**Atenção:**

**Não é obrigatório atestado médico. Contudo, é da responsabilidade do utente assegurar-se, previamente, de que não possui quaisquer contra-indicações para a prática Desportiva/Atividade Física. (Dec. Lei n.º 5/2007 de janeiro no n.º 2 do Art. 40º).**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Assinatura do utente)

**Observações de Serviço**

**NOTA: Atividade Paga (Taxa de Utilização)**

Entregue a ficha de inscrição nos Serviços de Desporto ou envie por e-mail ([desporto@cm-pampilhosadaserra.pt](mailto:desporto@cm-pampilhosadaserra.pt))

## Questionário de Prontidão para a Prática de Atividade Física

A prática de atividade física regular encontra-se associada a diversos benefícios ao nível da saúde e não apresenta qualquer contra-indicação ou risco para a maioria das pessoas. Todavia, se tem entre 15 e 69 anos e está a pensar aumentar o seu nível de atividade física, a resposta a este questionário constitui o primeiro passo. O seu preenchimento visa a identificação de pessoas para quem a prática de atividade física pode ser desaconselhada ou para aqueles cujo aconselhamento médico é necessário (aconselhamento médico obrigatório para pessoas com mais de 69 anos). O bom senso é o melhor guia para responder às questões que se apresentam. Leia-as cuidadosamente e responda SIM ou NÃO

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1 - Alguma vez o seu médico lhe disse que tem algum problema cardíaco e que deve realizar atividade física unicamente sob a sua recomendação? | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2 - Sente dor no peito quando realiza atividade física?   | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3 - No último mês sentiu alguma dor no peito quando estava a realizar atividade física?   | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 4 - Perde o equilíbrio devido a vertigens ou tonturas, ou alguma vez perdeu a consciência?  | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 5 - Tem algum problema ósseo ou articular que pode piorar se modificar o seu nível de atividade física?                                       | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 6 - Está atualmente tomar algum medicamento prescrito pelo seu médico para a pressão arterial ou para algum problema cardíaco?                | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 7 - Existe alguma outra razão que o impeça de praticar atividade física?  | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |

**Se respondeu SIM, qual:** \_\_\_\_\_

**Se respondeu NÃO a todas as questões**

Pode estar razoavelmente seguro de que pode:

- 1 . Iniciar gradualmente um programa de exercício
2. Submeter-se a uma avaliação da sua aptidão física

Recomenda-se igualmente uma avaliação da pressão arterial. Se for superior a 144/94, fale com o seu médico antes de se tornar ativo.

Se apresentar algum problema de saúde passageiro (ex. um resfriado), deve adiar o programa de exercício ou a avaliação da aptidão física até se sentir melhor.

Se engravidar fale com o seu médico antes de aumentar o seu nível de atividade física.

**ATENÇÃO:** Se o seu estado de saúde se modificar de modo a responder **SIM**, a pelo menos uma questão, fale com um profissional de saúde ou do exercício.

**Se respondeu SIM a uma ou mais questões**

Deve consultar o seu médico antes de iniciar um programa de exercício ou uma avaliação da sua aptidão física. Pode ser que esteja apto para a realização de qualquer atividade ou talvez tenha que restringir a sua prática às atividades mais seguras para si.

Fale com o seu médico sobre as atividades que esteja a praticar e siga o seu conselho.

**“Li, compreendi e completei este questionário.”**

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

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_