

Ficha Inscrição WALKING FOOTBALL (munícipes => 50 anos)

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____

N.º Contribuinte: _____ N.º BI/CC: _____

Morada: _____

Freguesia: _____ Código Postal: _____

Contacto(s): _____ E-mail: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____ (nome participante), estou consciente de que a minha participação ou do meu educando(a) na atividade promovida pelo Município, implica o tratamento dos dados pessoais constantes do presente formulário e manifesto o meu consentimento com o seu tratamento no âmbito da atividade.

Manifesto a minha concordância com os termos e condições da Política de Privacidade do Município que se encontram disponíveis em www.cm-pampilhosadaserra.pt e estou informado/a de que posso exercer os meus direitos de proteção de dados, nomeadamente o direito de informação, de acesso, retificação, apagamento, limitação de tratamento, portabilidade e oposição através do email dpo@cm-pampilhosadaserra.pt.

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE FOTOGRAFIAS E IMAGENS

☐ Autorizo ☐ Não Autorizo

Que eu seja fotografado(a), filmado(a), no âmbito das atividades que irão decorrer ao longo da Iniciativa, e a eventual utilização das mesmas em publicações em suportes digitais do Município, suportes informativos físicos e apresentações em conferências/encontros.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

De acordo com o disposto na Lei n.º 5/2007, de 16 de janeiro, que aprova a Lei de Bases da Atividade Física e do Desporto, não é obrigatório atestado médico. Contudo, é da responsabilidade do praticante assegurar-se, previamente, de que não possui quaisquer contraindicações para a sua prática.

Pampilhosa da Serra, ____/____/____

(Assinatura)

Observações de Serviço

Data Entrega: ____/____/____

Funcionário: _____

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 contraindicação 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?
- 2 - Sente dor no peito quando realiza atividade física?
- 3 - No último mês sentiu alguma dor no peito quando estava a realizar atividade física?
- 4 - Perde o equilíbrio devido a vertigens ou tonturas, ou alguma vez perdeu a consciência?
- 5 - Tem algum problema ósseo ou articular que pode piorar se modificar o seu nível de atividade física?
- 6 - Está atualmente tomar algum medicamento prescrito pelo seu médico para a pressão arterial ou para algum problema cardíaco?
- 7 - Existe alguma outra razão que o impeça de praticar atividade física?

SIM

NÃO

SIM

NÃO

SIM

NÃO

SIM

NÃO

SIM

NÃO

SIM

NÃO

SIM

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 este questionário.”

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____