



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

NOME - _____

CURSO - _____

DATA DE NASC. ___/___/____ . **MATRICULA** _____

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação clínica do aluno do IFPB antes de iniciar as atividades físicas inerentes à disciplina de Educação Física, bem como a prática de esporte no âmbito do instituto e deverá ser respondido, preferencialmente, pelo estudante.

PAR-Q					
1. Alguma vez seu médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionada por um profissionais de saúde?					
	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	
2. Você sente dores no peito quando pratica atividade física?					
	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	
3. No último mês você sentiu dores no peito quando praticava atividade física?					
	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	
4. Você apresenta desequilíbrio devido a tontura e/ou perda consciência?					
	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	
5. Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?					
	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	
6. Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?					
	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	
7. Sabe alguma outra razão pela qual você não deve realizar atividade física?					
	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	

Gostaria de comentar algum outro problema de saúde seja de ordem física ou psicológica que impeça a sua participação em atividades físicas?

Além do preenchimento desse questionário o estudante deverá ser **orientado** a fazer os seguintes exames clínicos complementares:

1 ECG (Eletrocardiograma com Laudo)

Após a realização dos exames clínicos os mesmos deverão ser **apresentados** ao setor de saúde do campus, sendo obrigatória a presença do aluno.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que as informações acima assinaladas no formulário de Prontidão para Atividade Física são de minha inteira responsabilidade e que estou sendo orientado a fazer os exames clínicos complementares para serem apresentados ao setor de saúde do campus.

_____, de _____ de 20__.

Assinatura do Aluno

Assinatura do Responsável