
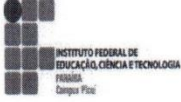


ANEXO I

	Ministério da Educação Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba Direção de Ensino Coordenação de Controle Acadêmico CAMPUS - PICUÍ	
---	--	---

FICHA DE MATRÍCULA

DADOS CADASTRAIS DO ALUNO

NOME:	
CURSO:	
MATRÍCULA:	CPF:
ANO DE INGRESSO:	ANO A CURSAR:

DADOS PESSOAIS

ENDEREÇO (Rua, nº)		
BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:
EMAIL:	TELEFONE:	CELULAR:
NOME DO RESPONSÁVEL PELO ALUNO:		TELEFONE DO RESP. PELO ALUNO:

PICUÍ-PB, ____/____/____

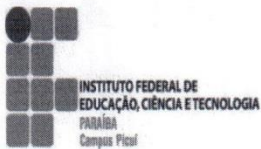
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

COMPROVANTE DE MATRÍCULA

CURSO:	
NOME:	
MATRÍCULA:	ANO LETIVO:

PICUÍ-PB, ____/____/____

ASSINATURA DO SERVIDOR



ANEXO II



**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. **Hemograma**
2. **Glicemia**
3. **ASLO**
4. **ECG (Eletrocardiograma com Laudo)**
5. **RX do Tórax em PA (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