



**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.** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, **MATRÍCULA**\_\_\_\_\_

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 profissional 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 de 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 o seguinte exame clínico complementar:

**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