

PAR-Q

- 1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde? Sim Não
- 2) Você sente dores no peito quando pratica atividade física? Sim Não
- 3) No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física? Sim Não
- 4) Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?
 Sim Não
- 5) Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?
 Sim Não
- 6) Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo? Sim Não
- 7) Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?
 Sim Não
- 8) Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com a atividade física? Sim Não
- 9) Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?
 Sim Não
- 10) Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?
 Sim Não

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de participar da ___ª Etapa do Circuito VTR dia _____ 2015, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação. Declaro que dispenso este evento por livre e espontânea vontade, isentando de qualquer responsabilidade os organizadores, patrocinadores e demais envolvidos na realização do evento. Declaro estar ciente dos termos do regulamento, acatando todas as decisões do Organizador. Autorizo por este meio a utilização de qualquer dado, fotografia, filme ou outra gravação contendo imagens de minha participação neste evento, em qualquer mídia, impressa ou eletrônica, incluindo a internet.

Nome Completo

Assinatura