



합기도

태권도

## FICHA DE INSCRIÇÃO

NOME LEGAL COMPLETO:

IDENTIDADE RG:

CPF:

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

CIDADE:

ESTADO:

CEP:

E-MAIL:

FACEBOOK:

TWITTER:

IDADE:

NASCIMENTO:

**HORÁRIO DE AULA:**

MATRICULA: R\$

MENSALIDADE: R\$

EXAME MEDICO:  SIM  NÃO - PERIODICIDADE:  ANUAL  TRIMESTRAL

CONTRA-INDICAÇÕES MEDICAS:

### RESPONDA O QUESTIONARIO:

SEU MEDICO JA DISSE QUE VOCÊ POSSUI PROBLEMA CARDIACO E RECOMENDOU ATIVIDADES FISICAS APENAS COM SUPERVISAO MEDICA?  SIM  NÃO

VOCÊ TEM DOR NO PEITO PROVOCADA POR ATIVIDADES FISICAS?  SIM  NÃO

VOCÊ SENTIU DOR NO PEITO NO ULTIMO MES?  SIM  NÃO

HOMEM ACIMA DE 45 ANOS OU MULHER ACIMA DOS 55 ANOS?  SIM  NÃO

TEM COLESTEROL ACIMA DE 240MG/L OU DESCONHECIDO?  SIM  NÃO

FUMA?  SIM  NÃO --- BEBE ALCOOL?  SIM  NÃO

TEM PRESSAO ARTERIAL ACIMA DE 14x9 OU DESCONHECIDA?  SIM  NÃO

TEM DIABETES DE QUALQUER TIPO?  SIM  NÃO

TEM HISTORIA FAMILIAR DE ATAQUE CARDIACO? (HOMENS ABAIXO DE 65 ANOS, E MULHERES ABAIXO DE 55 ANOS)?  SIM  NÃO

ATIVIDADE PROFISSIONAL SEDENTARIA OU MENOS DE 30 MIN DE ATIVIDADE FISICA PELO MENOS 3VEZES POR SEMANA?  SIM  NÃO

TEM MAIS DE 10KG DE EXCESSO DE PESO?  SIM  NÃO

### DECLARAÇÃO

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas são expressão da verdade e não omiti nenhuma informação importante para meu medico nem para meu professor.

LOCAL E DATA:

ASSINATURA: