**TERMO DE DECLARAÇÃO E RESPONSABILIDADE PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA.**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do Documento de Identificação n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, emitido em \_\_ /\_\_ /\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARO:

Estar apto a realizar atividades físicas, e que não sou portador de qualquer doença física ou mental, lesão, restrição ou limitação que constitua contraindicação aos exercícios físicos que me forem propostos.

RECONHEÇO, assim, ter perfeito conhecimento (i) que o aconselhamento para a prática dos exercícios não pressupõe qualquer avaliação sobre as limitações, restrições ou contra-indicações decorrentes do meu estado de saúde, (ii) que me foi transmitido ser sempre aconselhável a realização de exames médicos regulares de forma a aferir a minha condição física de acordo com a atividade praticada e (iii) que fui informado sobre a natureza dos exercícios, o seu propósito e os eventuais riscos inerentes à sua prática.

DECLARO, ainda, que me obrigo a observar estrita e exclusivamente as orientações dos responsáveis para a prática das atividades físicas, isentando-os da responsabilidade por danos de qualquer natureza resultantes da inobservância destas orientações, pelo acatamento da orientação de estranhos ou ainda pelo uso inadequado dos aparelhos, equipamentos, materiais e/ou produtos disponibilizados ou recomendados.

Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO DE APTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA**

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um Médico antes do início da atividade de capoeira. Caso você responda "sim" a uma ou mais perguntas, converse com seu médico ANTES de aumentar seu nível atual de atividade física. Mencione este questionário e as perguntas às quais você respondeu "sim".

**Por favor, assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:**

1) Algum Médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde? ( ) sim ( ) não

2) Você sente dores no peito e ou falta de ar quando pratica atividade física? ( ) sim ( ) não

3) No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física? ( ) sim ( ) não

4) Você apresenta desequilíbrio devido a tontura e/ou perda de consciência? ( ) sim ( ) não

5) Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física? ( ) sim ( ) não

6) Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração? ( ) sim ( ) não

7) Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física? ( ) sim ( ) não

Estou ciente de que é recomendável conversar com um Médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física, por ter respondido "sim" a uma ou mais perguntas acima. Assumo plena responsabilidade, sob as penas da lei, por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_