



QUESTIONÁRIO PAR-Q

Este questionário, proposto pelo American College of Sports Medicine, tem objetivo detecção de risco cardiovascular e é considerado um padrão mínimo de avaliação pré-participação, uma vez que uma resposta positiva sugere a avaliação médica.

- Alguma vez um médico lhe disse que você possui um problema do coração e recomendou que só fizesse atividade física sob supervisão médica? ()Sim ()Não
- Você sente dor no peito causada pela prática de atividade física? ()Sim ()Não
- Você sentiu dor no peito no ultimo mês ? ()Sim ()Não
- Você tende a perde a consciência ou cair, como resultado de tonteira? ()Sim ()Não
- Você tem algum problema ósseo ou muscular que poderia ser agravado com a prática de atividade física? ()Sim ()Não
- Algum médico já recomendou o uso de medicamento para a sua pressão arterail ou condição física? ()Sim ()Não
- Você tem consciência, através da sua própria experiência ou aconselhamento médico, de alguma outra razão física que impeça sua prática de atividade física sem supervisão médica? ()Sim ()Não
- Gostaria de comentar algum outro problema de saúde seja de ordem física ou psicológica que impeça a sua participação na atividade proposta? ()Sim ()Não

Declaração de Responsabilidade

Estou ciente das propostas do Wknd Wars, assumindo a veracidade das informações prestadas no questionário "PAR Q".

Nome: _____

e-mail: _____ Tel: _____

Nome do responsável se menor de 18 anos:

São Paulo, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Atleta



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente termo, e na melhor forma de direito, eu,
nome: _____, portador do RG nº
_____ e inscrito no CPF/MF sob nº _____, residente à
(endereço) _____, cidade
_____, estado _____, declaro encontrar-me apto(a) a realizar atividades físicas e
assino o presente termo de responsabilidade.

(a) 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 do Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q). Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

(b) Eu e minha família isentamos a WKND PRODUÇÕES e seus colaboradores, patrocinadores e apoios, de todas as responsabilidades legais por quaisquer danos físicos em decorrência de condições pré-existentes.

Declaro de livre e espontânea vontade ter compreendido e estar de acordo com todos os itens deste termo de responsabilidade.

São Paulo, ____ de _____ de 201__.

ASSINATURA