

Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q)

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início da atividade física. 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:

Nome completo: _____ Idade: _____

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	Você sente dores no peito quando pratica atividade física? () Sim () Não
No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física? () Sim () Não	4. Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ ou perda de consciência? () Sim () Não
Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física? () Sim () Não	Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração? () Sim () Não
Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física? () Sim () Não	

Data: _____ Assinatura: _____

Eu _____, portador(a) do CPF nº _____-_____, DECLARO que sou responsável legal pelo(a) estudante _____, CPF nº _____-_____, e que o(a) mesmo(a) está em pleno gozo de saúde e em condições físicas, não apresentando patologia ou distúrbio de saúde que implique em qualquer tipo de impedimento ou restrição à prática de exercícios e atividades físicas e esportivas.

Assinatura: _____

Local e Data: _____ de _____ 20_____.