

**Anexo I – Lei 5.555, de novembro de 2015****PAR-Q****Nome:**

Questionário de Prontidão para Atividade Física – PAR-Q - Este questionário tem como objetivo 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. Mencione este questionário e as perguntas às quais você responde “SIM”.

Assinale “sim ou “não” às seguintes perguntas:

Algum médico já disse que você possui problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionada por profissionais de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sente dores no peito quando pratica atividade física?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade Física?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Apresenta desequilíbrio devido a tontura ou perda de consciência?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Toma atualmente algum medicamento para pressão arterial ou problema de coração?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Brasília-DF, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Interessado(a)**Anexo II – Lei 5.555, de novembro de 2015****TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA**

Eu, _____, portador do RG nº _____ SSP/ _____, CPF Nº _____, DECLARO estar CIENTE de que é recomendável consultar 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 e total responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

Brasília-DF, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Interessado(a)**Anexo III – Lei 5.555, de novembro de 2015****AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA**

De acordo com a Lei 5.555, de 6 de novembro de 2015, que altera a Lei nº 2.185, de 30 de dezembro de 1998, que dispõe sobre o registro e o funcionamento de academias e de estabelecimentos que atuam na área do ensino e prática de modalidades esportivas no Distrito Federal, e dá outras providências, Eu, _____, portador do RG nº _____ SSP/ _____, CPF Nº _____, autorizo à prática de Atividade Física do(a) _____, portador(a) do RG nº _____ SSP/ _____, CPF Nº _____, isentando de responsabilidade a CETEFE, por ocultação de qualquer informação de saúde que possa impedi-lo(a) de praticar atividade física.

Brasília-DF, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável



Cadastro Social do(a) Beneficiário(a)					
Nome:					
Data de Nascimento: / /		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		CPF:	
Nome Social:					
Contatos	Celular:		Fixo:		
	Email:				
Endereço Residencial:					
			Cidade:	Estado:	
Dados Escolares					
Concluiu : <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior					
Em Conclusão: <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior					
Unidade de Ensino:					
Regional/Local/Campus:			Turno: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> N		
Série/Nível/Ciclo/Semestre:					
<input type="checkbox"/> Ensino Especial					
Natureza da Deficiência					
Física	Visual Cegueira	Visual Monocular	Visual Baixa Visão	Intelectual	
Auditiva Bilateral	Auditiva Monoauricular	Transtorno do Espectro de Autismo	Mental	Orgânico	
Síndrome	Núcleo Familiar	Sem Assistência Funcional			
Responsável do(a) Beneficiário(a)					
Nome:			CPF:		
Grau Parentesco:					
Contatos	Celular:		Telefone:		
	Email:				
Instituição Parceira					
Instituição	Nome:				
	Unidade:				
	Programa:				
Declaração					
Declaro que os serviços oferecidos e prestados pela CETEFE são gratuitos, planejados e contínuos, sem cobrança de taxa ou mensalidade, estando ciente e de acordo que os serviços são prestados por voluntários, profissionais de instituições parceiras, estagiários, pesquisadores e colaboradores, podendo ser executado na Unidade Central ou em Unidade Regional situada na Instituição parceira, reservando a CETEFE sem aviso prévio ou obrigação de repor, cancelar de forma definitiva ou temporária qualquer atividade da programação social. Estando ainda de acordo que a CETEFE poderá fazer uso das minhas imagens, sons e áudios no relatório institucional, estudos, pesquisas, palestras educacionais, projetos e registros estatísticos promovidos pela CETEFE ou pela Instituição Parceira.					
Assinatura Beneficiário(a)			Assinatura do(a) Responsável do(a) Beneficiário(a)		
Brasília,			de		de