

FICHA DE HISTÓRICO DE SAÚDE “PAR-Q”

NIC _____ | CadastroNº _____ | Turma _____

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELOS PAIS OU RESPONSÁVES

Nome do(a) atleta: _____

1. As condições de nascimento de seu filho (a) foram:
[] sem problemas [] com problemas – Quais? _____
2. O desenvolvimento de seu filho(a) foi:
[] sem problemas [] com problemas – Quais? _____
3. Seu filho (a) tem acompanhamento médico regular?
[] sim [] não – Qual? _____
4. Seu filho (a) toma alguma medicação?
[] sim [] não – Qual? _____
5. Seu filho (a) tem alergia a medicamentos ou alguma outra alergia?
[] sim [] não – Qual? _____
6. Seu filho (a) já teve algum impedimento médico para a prática de exercícios físicos?
[] sim [] não – Qual? _____
7. Seu filho (a) já teve algum problema com os itens abaixo, responda:
 1. Coração: [] não [] sim – Qual? _____
 2. Pulmões: [] não [] sim – Qual? _____
 3. Neurológico: [] não [] sim – Qual? _____
 4. Ortopédico: [] não [] sim – Qual? _____
 5. Visão: [] não [] sim – Qual? _____
 6. Auditivo: [] não [] sim – Qual? _____
8. Outras informações que considere necessárias: _____

Declaro e assumo a responsabilidade pelas informações acima prestadas e autorizo meu filho (a) a participar das atividades esportivas do COTP.



SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTES E LAZER – CENTRO OLÍMPICO DE TREINAMENTO E PESQUISA

Data: ____/____/____ Parentesco: _____ R.G.: _____

Nome

Assinatura