



## FICHA DE INSCRIÇÃO PROGRAMA DE ESPORTE E LAZER DA CIDADE

### Núcleo Craques do Amanhã - UFRRJ

FICHA DE INSCRIÇÃO Modalidade: \_\_\_\_\_ Núcleo: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

PAI: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TEL. RESID.: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Data de Início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: ( ) masc ( ) fem Necessidades Especiais? \_\_\_\_\_

ESCOLAR Marque com (X) Série que está:

Pré Escola ( ) - 1ª ( ) 2ª ( ) 3ª ( ) 4ª ( ) 5ª ( ) 6ª ( ) 7ª ( ) 8ª ( ) - 1ºSG ( ) 2ºSG ( ) 3ºSG ( )

Colégio: \_\_\_\_\_ Turno: Manhã ( ) / Tarde ( ) / Noite ( )

RAÇA: \_\_\_\_\_ QUANT. PESSOAS NA RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

ATENÇÃO: Tem problema de Saúde: SIM ( ) NÃO ( ) se for SIM, descrever abaixo

OBS: \_\_\_\_\_

Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS



#### TERMO DE RESPONSABILIDADE:

Eu, \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_, Identidade nº \_\_\_\_\_, responsável pelo menor (atleta) citado na folha 1, venho solicitar a sua Inscrição no Programa de Esporte e Lazer da Cidade, na Modalidade: \_\_\_\_\_ assumindo, nesta oportunidade as cláusulas abaixo: 01) Eximir o Programa de Esporte e Lazer da Cidade, a Prefeitura Municipal e a UFRRJ de eventuais acidentes - tais como lesões, machucados, torções, etc., decorrentes da prática esportiva. Se ocorrer é dever do Projeto prestar os primeiros socorros somente;

02) DECLARO QUE O ALUNO INSCRITO ESTÁ APTO AO ESPORTE;

03) Declaro que o atleta (aluno) está estudando;

04) Informar a Subsecretaria de Esportes e/ou professores do Projeto eventuais PROBLEMAS DE SAÚDE que o atleta venha a sofrer;

05) A frequência do aluno (atleta) nos treinos será controlada. É cargo do responsável pelo aluno zelar pela frequência do atleta nos treinamentos;

06) Os dias e horários dos treinamentos (turmas) serão divulgados previamente;

07) O aluno (atleta) deverá comparecer com o material de treinamento;

08) Os problemas de ordem disciplinar serão resolvidos pela Subsecretaria de Esporte e posteriormente comunicados aos responsáveis pelo aluno (atleta);

09) Em caso de chuva 30 minutos antes do início do treino fica acertado que o mesmo estará cancelado (no caso futebol);

10) Os materiais - bem como uniformes para jogos, coletes, bolas, cones, etc. - são de uso exclusivo da Subsecretaria de Esporte e serão disponibilizados aos alunos inscritos;

11) Os casos omissos serão resolvidos pela Subsecretaria de Esporte, dando conhecimento aos responsáveis pelos alunos.

Nestes termos ASSINO a presente INSCRIÇÃO e AUTORIZO o menor a frequentar o Programa de Esporte e Lazer da Cidade, informando ainda que o mesmo encontra-se matriculado em escola de ensino regular, EM PLENAS CONDIÇÕES DE SAÚDE PARA PRÁTICA DE ESPORTE, consciente e me responsabilizando por todo e qualquer acidente que o menor venha sofrer praticando esporte nos locais de treino.

OBS: A INSCRIÇÃO SÓ TERÁ VALIDADE MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DESTA FICHA PREENCHIDA E ASSINADA PELO RESPONSÁVEL.

Seropédica/RJ, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS PAI OU MÃE (Outro – especificar)



## PAR Q\*

### Physical Activity Readiness Questionnaire

Este questionário tem objetivo de identificar a necessidade de avaliação clínica antes do início da atividade física. Caso você marque mais de um sim, é aconselhável a realização da avaliação clínica. Contudo, qualquer pessoa pode participar de uma atividade física de esforço moderado, respeitando as restrições médicas.

Por favor, assinale “sim” ou “não” as seguintes perguntas:

- 1) Alguma vez seu médico disse que você possui algum problema de coração e recomendou que você só praticasse atividade física sob prescrição médica?  
 ( ) sim  ( ) não
- 2) Você sente dor no peito causada pela prática de atividade física?  
 ( ) sim  ( ) não
- 3) Você sentiu dor no peito no último mês?  ( ) sim  ( ) não
- 4) Você tende a perder a consciência ou cair como resultado do treinamento?  
 ( ) sim  ( ) não
- 5) Você tem algum problema ósseo ou muscular que poderia ser agravado com a prática de atividades físicas?  
 ( ) sim  ( ) não
- 6) Seu médico já recomendou o uso de medicamentos para controle de sua pressão arterial ou condição cardiovascular?  
 ( ) sim  ( ) não
- 7) Você tem consciência, através de sua própria experiência e/ou de aconselhamento médico, de alguma outra razão física que impeça a realização de atividades físicas?  
 ( ) sim  ( ) não

---

Gostaria de comentar algum outro problema de saúde seja de ordem física ou psicológica que impeça a sua participação na atividade proposta?

---

### Declaração de Responsabilidade

Estou ciente das propostas do Programa de Esporte e Lazer da Cidade, evento/ atividade:

Assumo a veracidade das informações prestadas no questionário “PAR Q” e afirmo estar liberado pelo meu médico para participação na atividade citada acima.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Nome do responsável se menor de 18 anos: \_\_\_\_\_

Seropédica, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

---

Assinatura



## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM DE MENOR DE IDADE

\_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, menor de idade, neste ato devidamente representado por seu (sua) (responsável legal), \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, portador da Cédula de identidade RG nº. \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, residente à Av/Rua \_\_\_\_\_, nº. \_\_\_\_\_, município de \_\_\_\_\_/Rio de Janeiro. AUTORIZA o uso da imagem do menor acima qualificado em todo e qualquer material entre fotos e documentos, para ser utilizada em campanhas promocionais e institucional da Prefeitura Municipal de Seropédica, da UFRRJ e do Governo Federal, sejam essas destinadas à divulgação ao público em geral. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, das seguintes formas: out-door; folhetos em geral (encartes, mala direta, catálogo, etc.); folder de apresentação; anúncios em revistas e jornais em geral; home page, facebook, Instagram, whatsApp; cartazes; back-light; mídia eletrônica (painéis, vídeos, televisão, cinema, programa para rádio, entre outros). Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à imagem do menor acima qualificado ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

Seropédica, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

Nome do aluno: \_\_\_\_\_

Por seu Responsável Legal: \_\_\_\_\_

Telefone p/ contato: \_\_\_\_\_