



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: _____