

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**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:

1. Alguma vez seu médico disse que você possui algum problema cardíaco e recomendou que você só praticasse atividade física sob prescrição médica?

( )sim ( )não

2. Você sente dor no tórax quando pratica uma atividade física?

( )sim ( )não

3. No último mês você sentiu dor torácica quando não estava praticando atividade física?

( )sim ( )não

4. Você perdeu o equilíbrio em virtude de tonturas ou perdeu a Consciência quando estava praticando atividade física?

( )sim ( )não

5. Você tem algum problema ósseo ou articular que poderia ser agravado com a prática de atividades físicas?

( )sim ( )não

6. Seu médico já recomendou o uso de medicamentos para controle da sua pressão arterial ou condição cardiovascular?

( )sim ( )não

7. Você tem conhecimento de alguma outra razão física que o impeça de participar de atividades físicas?

( )sim ( )não

Assinatura : \_\_\_\_\_

## Termo de responsabilidade para pratica de atividade física

Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física, por ter respondido "sim" a uma ou mais pergunta do questionário de prontidão para atividade física (par-q)

Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação

Data : \_\_\_\_\_, nome: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_