



FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

Data: ___/___/____. Horário: _____. Local: _____.

PREENCHIMENTO PELO SÓCIO

OBSERVAÇÕES

1. Levar ficha (frente) preenchida ao médico;
2. O preenchimento da ficha (verso) é exclusivo do médico;
3. Evite fazer atividade física 24 horas antes da avaliação.

Nome:					M.	F.
Data de nascimento: ___/___/____.		Idade:		Profissão:		
Nº de sócio:			Titular:		Dependente:	
Telefone para contato: ()				Pessoa para contato:		
Convênio médico?		Sim	Não	Qual?		
Responsável (se menor):				Grau de parentesco:		

OBJETIVOS (Atividades que pretende realizar no Clube)

ANAMNESE

Tabagismo?	Sim	Não			
Doenças familiares	() Diabetes () Hipertensão Arterial () Colesterol () Problemas cardíacos				
	() Problemas pulmonares		Outros:		
Doenças pessoais	() Diabetes () Hipertensão Arterial () Colesterol () Problemas cardíacos				
	() Problemas pulmonares		Outros:		

Fez cirurgia?	Sim	Não	Há quanto tempo?		
Fratura, lesões?	Sim	Não	Há quanto tempo?		
Hábitos de atividade física?	Qual:			Há quanto Tempo?	

OUTROS RELATOS

Declaro não ter omitido nada a respeito do meu estado de saúde e histórico esportivo.

Assinatura do avaliado



FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO

Peso	Kg
Estatura	cm

P.A. repouso	Mm/HG
F.C. repouso	B.p.m.

Assinalar as **atividades** abaixo, que o aluno se interessa em participar e que **poderá fazer** com prescrições e restrições:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alongamento: _____ | <input type="checkbox"/> Ballness: _____ |
| <input type="checkbox"/> Extreme-55: _____ | <input type="checkbox"/> Futsal: _____ |
| <input type="checkbox"/> Localizada: _____ | <input type="checkbox"/> Hidroginástica: _____ |
| <input type="checkbox"/> Jiu-Jitsu: _____ | <input type="checkbox"/> Karatê: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ki-Max/Fight Max: _____ | <input type="checkbox"/> Musculação: _____ |
| <input type="checkbox"/> Natação: _____ | <input type="checkbox"/> Spinning: _____ |
| <input type="checkbox"/> Step: _____ | <input type="checkbox"/> Tênis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Voleibol : _____ | <input type="checkbox"/> Yoga: _____ |

Observações:

Médico responsável / Data:	CRM:
_____	_____