



QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA (PAR-Q)

O **CLUBE PIRASSUNUNGA** em observância às disposições contidas na Lei Estadual nº. 16.724/2018 que regulamenta e flexibiliza novos método de avaliação médica para os praticantes de atividades físicas e desportivas, estabelece que:

- I. Os associados entre 15 e 69 anos deverão responder atentamente o Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q), responsabilizando-se pela veracidade das respostas.
- II. Para os associados com idade inferior a 18 anos, será necessário a autorização por escrito de pais ou responsável.
- III. Para os associados com idade a partir de 70 anos, será necessária apresentação do formulário médico de aptidão para a prática de atividade física, do qual deverá constar, obrigatoriamente, o nome completo do médico, seu número do Conselho Regional de Medicina (CRM) e eventuais observações relativas às especificidades de cada caso concreto.
- IV. O associado entre 15 e 69 anos que responder “SIM” em pelo menos uma das questões, deverá, juntamente com o questionário (PAR-Q), apresentar o competente atestado médico, na forma descrita no item imediatamente acima.
- V. O referido Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q) **terá validade de 1(um) ano a partir da data de apresentação.**

TERMO DE RESPOSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA Anexo II da Lei Estadual 10.848 de 06 de julho de 2001

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 perguntas do “Questionário de Prontidão para Atividade Física” (PAR-Q).

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

Pirassununga, ____ de _____ de _____.

Nome do associado: _____

Nº do Associado: _____

Assinatura: _____



QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA (PAR-Q)

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:

Por favor, assinale “SIM” ou “NÃO” às seguintes perguntas:	SIM	NÃO
1. Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?		
2. Você sente dores no peito quando pratica atividade física?		
3. No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física?		
4. Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ou perda de consciência?		
5. Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?		
6. Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?		
7. Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?		
8. Você já apresentou/protocolou no Clube Pirassununga algum Atestado Médico com restrições à prática de atividade esportiva.		

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das respostas acima, comprometendo-me a comunicar o Clube Pirassununga, por escrito, qualquer evento adverso que venha a alterá-las, assim como declaro ciência do regulamento descrito, e de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física.

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

Nome Completo: _____

Número da Carterinha de Associado: _____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

Assinatura Pais/Responsável: _____

Nome Completo Pais/Responsável: _____

[Mais instruções no verso.](#)