



FICHA ANAMNESE

QUESTIONÁRIO DE PROTIÇÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME DO RESPONSÁVEL:		
NOME DO ALUNO(a):		
Sexo (M) (F)	Ano de Nasc.:	Fones:

2. HISTÓRICO MÉDICO

Data do último exame das condições de saúde da criança: () mais de um ano () menos de 1 ano
A criança já realizou alguma cirurgia que não permita realizar atividade física competitiva? () Não () Sim. Qual?
Existe algum problema de saúde (exemplo: asma, bronquite, problemas cardíacos, infecções, diabetes, anemia) e que o médico informou a necessidade de supervisão por profissional de saúde ou restrições nas atividades físicas? () Não () Sim! Qual?
A criança apresenta e/ou reclama de sintomas como dores abdominais, falta de ar, senti-se fraco, dor no peito, tonturas? () Não () Sim. Qual?
A Criança possui com problema ósseo, articular ou muscular que pode ser afetado ou agravado pela atividade física? () Não () Sim Qual?
Algum médico já disse que a criança possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde? () Não () Sim Qual?
A criança toma atualmente algum medicamento de uso contínuo? () Não () Sim. Qual?
A criança realiza algum tipo de tratamento para pressão arterial ou problemas cardíacos ou algum outro que afete ou prejudique a realização de atividades físicas competitivas? () Não () Sim. Qual?
A criança possui alguma restrição a prática de atividade física? () Não () Sim. Qual?

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Declaro verdadeira todas as informações acima e que estou ciente de que é recomendável ter autorização de um médico, antes de iniciar atividades físicas competitivas, assumindo plena responsabilidade pela realização das mesmas pelo menor acima citado com ou sem o atendimento desta recomendação.

Feira de Santana, _____ de _____ de _____

(Nome Completo e/ou assinatura do responsável identificado acima)