



Câmara Municipal de Felgueiras

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO FÍSICA

Atenção: Este questionário não substitui exames médicos de aptidão física e psicológica, ou avaliações médicas de rotina. É, exclusivamente uma informação adicional do aluno, para que as aulas contribuam para a melhoria efectiva da sua condição física, prevenindo lesões e/ou episódios de agudização de doença pré-existente. Responda com clareza, acrescentando informação adicional que lhe pareça importante, no local adequado.

Nota: Se tiver Atestado Médico ou Declaração Médica anexe PF a este documento.

Nome _____

Idade ____ anos Peso ____ kgs Altura _____ Modalidade _____

1. Alguma vez esteve internado? Sim Não

Motivo _____

2. Alguma vez foi submetido a alguma cirurgia? Sim Não

Motivo _____

3. Toma algum medicamento habitualmente? Sim Não

Motivo _____

4. Tem, que conheça, alguma da (s) doença (s) abaixo indicadas?

| | Sim | Não |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas Cardíacos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas Respiratórios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas Renais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de Coluna Vertebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas dos Ossos e Articulações | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Câmara Municipal de Felgueiras

| | Sim | Não |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Problemas Musculares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas Visuais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas Auditivos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de Pele | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Se sim, quais?

5. Tem a vacinação em dia? (Vacina do tétano, hepatite B, etc.) Sim Não

6. Qual o motivo da sua prática desportiva?

Lazer/Recreação Indicação Médica Aprendizagem

Outra Qual? _____

7. Tem alguma restrição, que conheça, da sua capacidade física para a prática de algum exercício?

Sim Não Qual? _____

8. Quando foi que praticou, pela última vez, exercício físico regularmente? Qual a modalidade que praticou e quantas vezes por semana?

9. Observações que julgue necessárias:
