

Nome do participante:

Data de Nascimento:

Função: ☐ Atleta ☐ Técnico ☐ Auxiliar Técnico

Município:

Modalidade:

Escola / Instituição:

### QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação médica antes do início ou do aumento de nível da atividade física. Assinale SIM ou NÃO para cada pergunta abaixo:

1. Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde? ☐ SIM ☐ NÃO
2. Você sente dores no peito quando pratica atividade física? ☐ SIM ☐ NÃO
3. No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física? ☐ SIM ☐ NÃO
4. Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea de consciência? ☐ SIM ☐ NÃO
5. Você possui algum problema ósseo ou articular que pode ser afetado ou agravado pela atividade física? ☐ SIM ☐ NÃO
6. Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo? ☐ SIM ☐ NÃO
7. Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos? ☐ SIM ☐ NÃO
8. Você realiza algum tipo de tratamento médico contínuo que possa ser afetado ou prejudicado pela atividade física? ☐ SIM ☐ NÃO
9. Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia que comprometa de alguma forma a atividade física? ☐ SIM ☐ NÃO
10. Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde? ☐ SIM ☐ NÃO

**Parágrafo único:** caso você tenha respondido SIM a qualquer uma das perguntas acima, é obrigatória a apresentação de atestado médico de aptidão física, na forma das Leis Estaduais nº 2.014/1992 e nº 2.835/1997, devendo ser anexado a este questionário e entregue à organização do município.

### TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Declaro estar ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação, e que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras.

Local:

Data:

Assinatura do Atleta / Técnico / Auxiliar Técnico

Assinatura do Responsável Legal (se o participante for menor de idade)

Este Anexo I é parte integrante da Ficha de Inscrição do JEMERJ 2026 e deverá ser entregue conforme o dia e local indicados pela organização do município. Válido como substituto do atestado médico apenas quando todas as respostas acima forem NÃO.

