|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | Termo de Ciência |

Macaé,\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estou ciente das seguintes regras do Projeto Gerar em relação ao curso que será realizado:

1.QUANTO À FRENQUENCIA:

O aluno deverá cursar com assiduidade e ser aprovado, obrigatoriamente, em todo o curso contratado para ter direito à certificação;

A frequência às aulas é obrigatória, sendo registrada na lista de presença diretamente, apresentando o período do curso, bem como a assinatura do aluno.

2.QUANTO À APROVAÇÃO:

O critério de aprovação será através da frequência em aulas, bem como avaliação do grau de aproveitamento decorrente da realização das avaliações teóricas e práticas:

* A avaliação teórica será individual a ser realizada nas dependências da Contratada, em datas e horários preestabelecidos e informados e sala de aula.
* Para o contratante ser aprovado deverá alcançar nota igual ou superior a 6,0 (seis), na escala de 0 a 10 (zero a dez)
* A avaliação prática será aplicável a determinados cursos de acordo com o Conteúdo Programático. Para o aluno ser aprovado deverá alcançar o conceito satisfatório nos testes práticos.

3.QUANTO À UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE ALUNOS E EMPRESA:

O aluno tem ciência de que não é permitida à entrada com equipamentos portáteis como Laptop (Notebook), câmeras digitais, celulares e etc.;

A contratada não se responsabiliza pela perda de valores, equipamentos e outros pertences durante o treinamento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Aluno

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Treinamento: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data de nascimento: |  |  | / |  |  | / |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sexo: | ( ) Masculino |  | ( ) Feminino |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Telefone: | ( | ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Costuma permanecer muito tempo sentado? | Sim | Não |
| 2 | Sua alimentação é balanceada? | Sim | Não |
| 3 | Pratica esporte? | Sim | Não |
| 4 | É fumante? | Sim | Não |
| 5 | Tem problemas auditivos? | Sim | Não |
| 6 | Faz uso de óculos? | Sim | Não |
| 7 | Faz uso de fitoterápicos (medicação natural)? | Sim | Não |
| 8 | Tem Claustrofobia? | Sim | Não |
| 9 | É portador de marcapasso? | Sim | Não |
| 10 | Tem alergia a alguma medicação? Se sim, qual? | Sim | Não |
| 11 | Tem pressão alta? Se sim, qual medicação? | Sim | Não |
| 12 | Tem pressão baixa? Se sim, qual medicação? | Sim | Não |
| 13 | Faz ou fez tratamento de varizes? Se sim, qual? | Sim | Não |
| 14 | Já fez alguma cirurgia? Se sim, qual e quanto tempo? | Sim | Não |
| 15 | Tem algum problema ortopédico? Se sim, qual? | Sim | Não |
| 16 | Tem epilepsia? Qual sua medicação? | Sim | Não |
| 17 | Tem diabetes? Se sim, qual medicação? | Sim | Não |
| \*APLICÁVEL AO SEXO FEMININO | | | |
| 1 | Ciclo menstrual regular? | Sim | Não |
| 2 | É gestante? | Sim | Não |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Assinatura

ESTOU CIENTE E DE ACORDO COM TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA RELACIONADAS, ME RESPONSABILIZO

PELA VERACIDADE DAS MESMAS.