ratica Atividade Física?: (\bowtie) Sim () Não is: (\bowtie) - $\mathcal{P}_{\mathcal{F}}$		Frequência:
atica Atividade Física?: 💢) Não	
atica Atividade Física?: 💢	_	
atica Atividade Física?:	Xsim	
	atica Atividade Física?:	TA- NO S

Quantidade/dia:	5
(X) Não	
) Sim	
0) Tabagismo: (
0	

2 x son Semon 11) Ingere bebida alcoólica: 📉 Sim ()Não Frequência: 🕳

Histórico clínico:

Não	
X)	
_	
Sim (
Tratamento médico atual: (Andicamontos om uso.

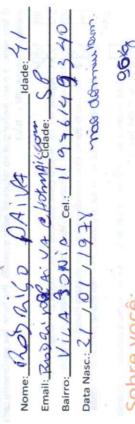
- Antecedentes alérgicos: () Sim (ANão Quais:
- Portador de marcapasso:
- () Sim (Não
- Alterações cardiacas:
- () Sim (x) Não Quais:
- Antecedentes oncológicos:
- () Sim (X)Não Qual:
- Diabetes:
- () Sim (Não Tipo:
- Algum tipo de doença:
- () Sim (X)Não Qual:
- Possui algum problema ortopédico diagnosticado?: റ്റ്റ് ്യാ

(X) Sim ()Não Qual: 50 EUD E. Couchaid Municipa 30mm. Others reaption con pages to devise uspation to specific musicipal remained our recomendação médica para prática de

exercícios? ()Sim ()Não Quais? _

- Teste de esforço, ergométrico ou ergoespirométrico recentemente (menos de 1 ano)?
- () Sim (6) Não





Sobre você:

1) Qualidade do sono:

Bom > 6 horas

- () Regular 4 a 6 horas
- ()Ruím < 4 horas
- 2) Historia familiar de depressão, deficit de atenção e ansiedade?
- () Sim (X)Não
- 3) Apresenta fobia, pânico diagnosticado por médico?
- () Sim (X)Não
- 4) Queixa de stress mental?
- () Sim (X) Não
- 5) Trauma familiar ou infantil?
- ()sim (X) Não
- 6) Ingestão de água (copos/dia): \mathcal{L} \mathcal{R} \mathcal{R}
- 7) Alimentação: (🔀) Boa () Regular() Péssima
- A BROS 8) Alimentos depreferência: __

PAR-Q

Physical Activity Readiness Questionnarie QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

O PAR-Q foi elaborado para auxiliar você a se auto-ajudar. Os exercícios praticados regularmente estão associados a muitos benefícios de saúde. Completar o PAR-Q representa o primeiro passo importante a ser tomado, principalmente se você está interessado em incluir a atividade física com

maior freqüência e regularidade no seu dia a dia.

O bom senso é o seu melhor guia ao responder estas questões. Por favor, leia atentamente cada questão e marque SIM ou NÃO.

SIM NÃO
21 1 - Alguma vez seu médico disse que você possui algum problema cardíaco e recomendou que você só praticasse atividade física sob prescrição médica?
2 - Você sente dor no tórax quando pratica uma atividade física?
3 - No último mês você sentiu dor torácica quando não estava praticando atividade
fisica?
4 - Você perdeu o equilibrio em virtude de tonturas ou perdeu a consciência quando estava praticando atividades físicas?
5 - Você tem algum problema ósseo ou articular que poderia ser agravado com a
prática de atividades físicas?
Arterial ou condição cardiovascular?
7 - Você tem conhecimento de alguma outra razão física que o impeça de participar
de atividades físicas?
Declaração de Responsabilidade
Assumo a veracidade das informações prestadas no questionário "PAR-Q" e afirmo estar liberado(a) pelo meu médico para participação em atividades físicas.
Nome do(a) participante:

Nome do(a) responsável se menor de 18 anos

Seus objetivos e metas:

Fale um pouco para nós e nos ajude a montar seu plano personalizado:

as Paracon Pisic

mutris	yoga	pilates	movimento preparação física levantamento climpico pilates	preparação física	movimento	fisioterapia	cina esportiva
á	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	A SALL			0		-
d				ĘŢ	ر بر		\$
1	A CONTRACTOR	9			b	\o	3