

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.

- participar de atividades físicas?
- 5 - Você tem algum problema ósseo ou articular que poderia ser agravado com a prática de atividades físicas? ☒ ☐
- 6 - Seu médico já recomendou o uso de medicamentos para controle da sua pressão arterial ou condição cardiovascular? ☒ ☐
- 7 - Você tem conhecimento de alguma outra razão física que o impeça de participar de atividades físicas? ☒ ☐

Nome do(a) participante:

Sthania Lopes Moraes

Nome do(a) responsável se menor de 18 anos:

Sthania Moraes

Data: 14/02/19

Assinatura:

Sthania Moraes

