| **FICHA DE INSCRIÇÃO – PERFIL DE SAÚDE – ATIVIDADES FÍSICAS E ESPORTIVAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CATEGORIA | | | | | | | TITULAR ☐ | | | | | MATRÍCULA | | | | | | | | | TURMA | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | DEPENDENTE ☐ | | | | | **«MatriculaNumero»** | | | | | | | | | **«TurmaCodigo»** | | | | | | | | | |
| MODALIDADE | | | | | | | | | DIAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | HORÁRIOS | | | |
| **«CursoNome»** | | | | | | | | | **«TurmaDiasSemana»** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **«TurmaHorario»** | | | |
| **DADOS PESSOAIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME | | | | **«AlunoNome»** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | DATA NASC. **«AlunoDataNascimento»** | | | | | | | |
| RG | **«AlunoRG»** | | | | | | | ORGÃO EXP. | | | | |  | | | | | | UF |  | | | | CPF | |  | | | | |
| NATURALIDADE | | | | | |  | | | | NACIONALIDADE | | | | | | | |  | | | | | | | | | | TELEFONE | | |
| PAI |  | | | | | | | | | | | | | | | | MÃE | |  | | | | | | | | | | | |
| ENDEREÇO | | | | |  | | | | | | | | | | | Nº | | |  | | | BAIRRO | | |  | | | | | CEP |
| CIDADE | | |  | | | | | | | | UF | |  | | E-MAIL | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **EM CASO DE URGÊNCIA A QUEM DEVEMOS INFORMAR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME | | **«ContatoDeEmergencia»** | | | | | | | | | | | | PARENTESCO | | | | |  | | | | | | | | | | TELEFONE | |

| **TRABALHA EM ALGUMA EMPRESA CONVENIADA AO SESI** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| RAZÃO SOCIAL |  | CNPJ |  |
| **PERFIL DE SAÚDE** | | | |
| **Das questões de 01 a 07: se apenas uma das questões for respondida com um sim, será necessária apresentação de uma avaliação médica antes do início das atividades físicas ou esportivas.**  **01. Alguma vez seu médico disse que você possui algum problema cardíaco e recomendou que você só praticasse atividade física sob prescrição médica?**  **☐ Sim ☐ Não. Se a resposta foi sim, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**  **02. Você sente dor no tórax (no peito) quando pratica uma atividade física?**  **☐ Sim ☐ Não. Se a resposta foi sim, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**  **03. No (s) último (s) mês (es) você sentiu dor torácica (no peito) quando não estava praticando atividade física?**  **☐ Sim ☐ Não. Se a resposta foi sim, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**  **04. Você perdeu o equilíbrio em virtude de tonturas e/ou perdeu a consciência quando estava praticando atividade física?**  **☐ Sim ☐ Não. Se a resposta foi sim, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**  **05. Você tem algum problema ósseo ou muscular/articular que poderia ser agravado com a prática de atividade física?**  **☐ Sim ☐ Não. Se a resposta foi sim, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**  **06. Algum médico já recomendou o uso de medicamento para controle de sua pressão arterial/condição cardiovascular?**  **☐ Sim ☐ Não. Se a resposta foi sim, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**  **07. Você tem conhecimento de alguma outra razão física que o impeça de participar de atividades físicas?**  **☐ Sim ☐ Não. Se a resposta foi sim, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**  **08. Você possui plano de saúde? ☐ Sim. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ Não.**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** | | | |

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS OU ESPORTIVOS**

Declaro para os devidos fins de prova, por livre e espontânea vontade, a veracidade de todas as informações aqui prestadas, declarando ser plenamente capaz de realizar a prática de qualquer exercício físico, por estar em plenas condições de saúde e em pleno gozo de minhas faculdades mentais e físicas para a prática de qualquer esporte e/ou atividade física, fato que isenta o SESI-Departamento Regional do Pernambuco de ser responsabilizado por quaisquer danos que venham a ocorrer à minha saúde.

**PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

Para a execução do contrato referente a esta ficha de inscrição serão cumpridas as disposições referentes à Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Ao preenchê-la, o aluno, ou seu responsável legal, declara que tem conhecimento da Política de Privacidade do Sistema FIEPE e, ainda, que concorda e consente que o SESI/PE, na qualidade de CONTROLADOR, tratará os dados pessoais conforme previsto na Lei.

Confirmo a veracidade de todas as informações aqui prestadas.

«ContratoCidadeEmissao», «ContratoDataEmissao»

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

Assinatura do aluno ou responsável legal (caso o aluno seja menor de idade)