

| **RESPONDA ASSINALANDO SIM OU NÃO** | **SIM** | **NÃO** |
| --- | --- | --- |
| Seu filho possui problema cardíaco e alguma vez o médico recomendou atividades físicas apenas sob supervisão médica? |  |  |
| Seu filho já teve ou tem dor no peito provocada por atividades físicas? |  |  |
| Seu filho já perdeu a consciência em alguma ocasião ou sofreu alguma queda em virtude de tontura? |  |  |
| Seu filho tem algum problema ósseo ou articular que poderia agravar-se com a pratica de atividades físicas? |  |  |
| Algum médico prescreveu para seu filho medicamento para pressão arterial ou para o coração? |  |  |
| Você tem conhecimento, por informação médica ou pela própria experiência, de algum motivo que poderia impedi-lo de participar de atividades físicas? Qual? |  |  |
| Algum outro problema de saúde? | | |

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,declaro que as informações acima fornecidas por mim são verdadeiras. Autorizo meu filho(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a participar de todas as atividades e oficinas realizadas na Associação Iluminando Vidas estando ciente das regras de permanência segundo regulamento interno exposto no ato da matrícula. Fica ainda autorizada, de livre e espontânea vontade, a gravação em vídeo e/ou fotografia e a veiculação de imagem e depoimentos de meu filho (a) em qualquer meio de comunicação para fins de divulgação do trabalho da Associação Iluminando Vidas sem quaisquer ônus e restrições.

Brodowski, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.