



Instruções para a realização da Avaliação Física

É imprescindível o preenchimento correto da ficha de anamnese para o andamento adequado de sua Avaliação Física. O objetivo desta avaliação é fornecer dados que irão auxiliar na prescrição de suas atividades, estabelecer metas possíveis de serem alcançadas, além de identificar limitações ou riscos para a prática das atividades propostas. Algumas orientações seguem abaixo:

Não realize qualquer atividade física de alta intensidade nas 24h que antecedem sua avaliação;

Evite fumar ou ingerir qualquer bebida alcoólica no dia da avaliação física;

Vestimenta (obrigatório em função de todas as medidas que serão realizadas):

o Homens: Shorts (não pode ser bermuda), camiseta e tênis;

o Mulheres: Shorts (não pode ser bermuda ou calça), top, camiseta e tênis.

Tolerância de atraso: 5 (cinco) minutos;

Em caso de ausência, solicitamos que o Departamento de Avaliação Física da academia seja informado com antecedência de, no mínimo, 12 (doze) horas. Não havendo o cumprimento dessa solicitação, uma nova taxa será cobrada em função do agendamento de um novo horário;

ATENÇÃO: No dia da avaliação física esteja com todos os documentos relacionados abaixo:

o ATESTADO MÉDICO (declaração específica para a prática de exercícios físicos);

o TESTE DE EROMÉTRICO / ESFORÇO a partir dos 35 anos de idade;

o FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO FÍSICA (preenchido);

o RECIBO DE PAGAMENTO DA AVALIAÇÃO FÍSICA;

o CUPOM DO FREE PASS.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a **Academia Podium** através do telefone:

(77)3657-2033 ou (77) 9932-9240, das 8h às 22h.

Contamos com sua colaboração

Academia Podium.

FREE PASS

Nome: _____ RG: _____

() M () F

() Aluno () Atleta () Funcionário () Professor () Pais de Alunos () Ex-alunos

Cupom Válido até: ____/____/2015.

Consultor: _____

1) Possui alguma restrição para a Prática de Exercícios Físicos?:

() SIM () NÃO;

2) Possui algum tipo de Patologia (cardiovascular, articular, muscular, respiratório etc.)?

() SIM () NÃO.

☒☒ Somente siga orientações dos Instrutores;

☒☒ Orientamos aos novos alunos a frequência fora do horário de pico.

INSTRUÇÕES:

1) ATESTADO MÉDICO

Apresentar o atestado médico na recepção da Academia Podium.

2) PRAZO DE VALIDADE

A vigência do cupom será até o ultimo dia útil que antecede a data da avaliação física.

3) TREINAMENTO ORIENTADO

O instrutor da academia realizará um treino conforme seu condicionamento físico indicando a quantidade de dias e duração do treino.

4) OBEJTIVO

O objetivo do Free Pass é proporcionar aos alunos o acesso imediato nos equipamentos da academia e aulas de ginástica, até a realização da Avaliação Física conforme normas estabelecidas pelo CREF/BA – Conselho Regional de Educação Física do Estado da Bahia. Eventuais dúvidas ou situações não dispostas neste termo serão analisadas pela Direção da Academia Podium. **O BENEFÍCIO DO FREE PASS SÃO PARA ALUNOS QUE AGENDARAM A AVALIAÇÃO FÍSICA.**

5) HORÁRIO DE PICO - das 17h às 21h.

FREE PASS

Nome: _____ RG: _____

() Aluno () Atleta () Funcionário () Professor () Pais de Alunos () Ex-alunos

Cupom Válido até: ____/____/2015.

Data da Av. Física: ____/____/2015.

Consultor: _____

DECLARAÇÃO APTIDÃO

Eu, _____, portador do registro civil RG nº. _____

cpf _____, declaro para fins de inscrição na Academia Podium, que estou em plenas condições de saúde, estando apto a realizar atividades físicas, bem como que não sou portador de nenhuma moléstia infecto contagiosa que possa prejudicar os demais freqüentadores, isentando a mantenedora da Academia Podium de quaisquer responsabilidades inerentes à minha saúde, conforme comprova o Atestado Médico entregue no ato da matrícula. Na ausência de Declaração Médica, e com vista ao acesso à prática desportiva, os utentes deverão preencher um Termo de Responsabilidade, comprometendo-se a apresentar a Declaração Médica na maior brevidade possível.

CORIBE, ____ de ____ de 2015.

Assinatura

() Aluno / Atletas () Pais de Alunos / Ex-Alunos () Funcionários () Professores

NOME: _____

RG: _____ CPF: _____

() Atestado Médico () Teste Ergométrico / Teste de Esforço

TERMO DE CIENCIA DE LEITURA DO REGULAMENTO

Preencher em letra de forma

Após ter lido o presente Regulamento da Academia Podium e tendo compreendido e concordado com todos os seus termos, declaro que me submeterei às disposições nele contidas, razão pela qual solicito minha inscrição para utilização da Academia Podium.

Coribe, _____ de _____ de 2015.

Nome: _____ ASSINATURA: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Telefone(s): _____ Data de nascimento: ____/____/____

Responsável legal (menor de 18 anos):

ASSINATURA: _____

RG: _____ CPF: _____

Telefone(s): _____ Data de nascimento: ____/____/____

DECLARAÇÃO APTIDÃO

Eu, _____, portador do registro civil RG nº. _____

Cpf _____, declaro para fins de inscrição na Academia Podium, que estou em plenas condições

de saúde, estando apto a realizar atividades físicas, bem como que não sou portador de nenhuma moléstia infecto contagiosa que possa prejudicar os demais frequentadores, isentando a mantenedora da Academia Podium de quaisquer responsabilidades inerentes à minha saúde, conforme comprova o Atestado Médico entregue no ato da matrícula. Na ausência de Declaração Médica, e com vista ao acesso à prática desportiva, os utentes deverão preencher um Termo de Responsabilidade, comprometendo-se a apresentar a Declaração Médica na maior brevidade possível.

Coribe, _____ de _____ de 2015.

Assinatura

DECLARAÇÃO APTIDÃO

Menor de 18 anos

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____

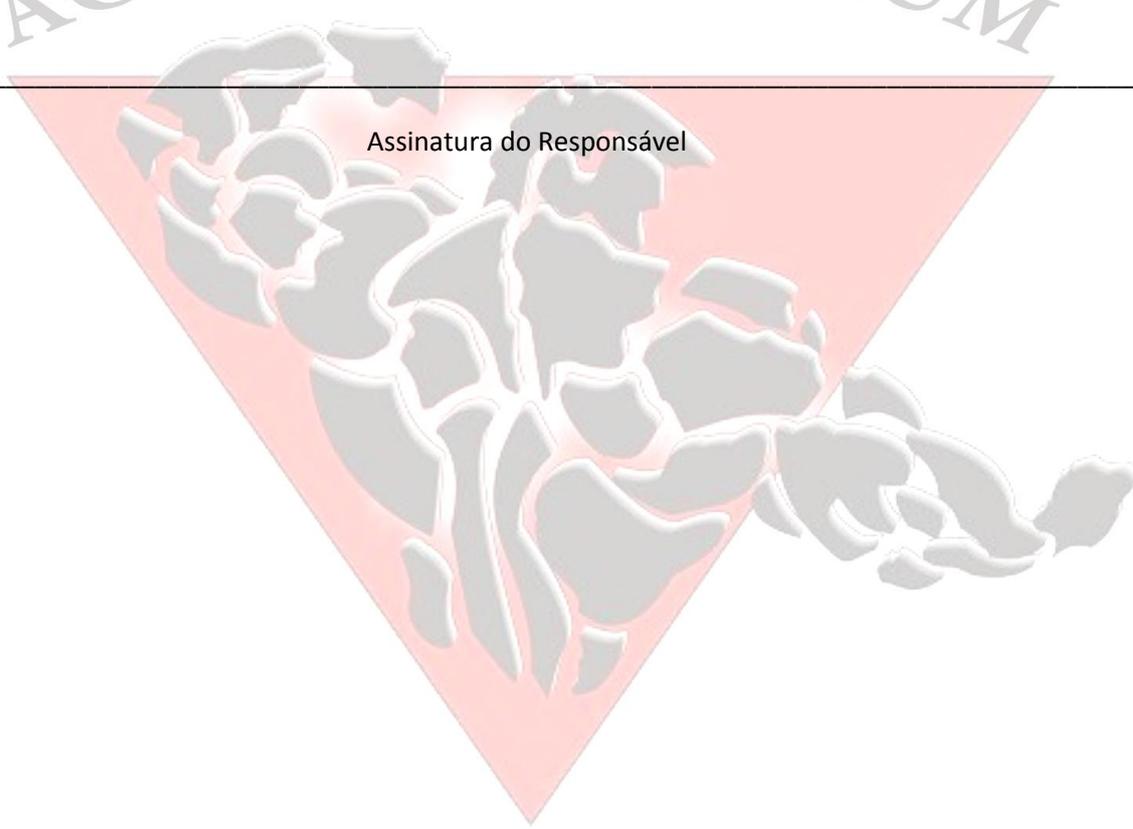
responsável pelo aluno(a) _____ portador(a) do registro

RG nº. _____, declaro para fins de inscrição na Academia Podium , que o mesmo se encontra em plenas condições de saúde, estando apto a realizar atividades físicas, bem como que não é portador de nenhuma moléstia infecto contagiosa que possa prejudicar os demais freqüentadores, isentando a mantenedora da Academia Podium de quaisquer responsabilidades inerentes à sua saúde, conforme comprova o Atestado Médico entregue no ato da matrícula. Na ausência de Declaração Médica, e com vista ao acesso à prática desportiva, os utentes deverão preencher um Termo de Responsabilidade, comprometendo-se a apresentar a Declaração Médica na maior brevidade possível.

CORIBE, _____ de _____ de 2015.

ACADEMIA PODIUM

Assinatura do Responsável





ANAMNESE

Preencher em letra de forma

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Profissão: _____

Tel.: _____ Email: _____

Em caso de emergência, avisar: _____

Convênio médico: _____ Carteirinha nº: _____

() Atleta - Modalidade: _____

() Aluno () Funcionário () Professor () Ex-Aluno () Pais de alunos

Registro nº: _____ Curso: _____ Semestre: _____

Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q “Physical Activity Readness Questionnaire”).

1. O seu médico já lhe disse alguma vez que você tem um problema cardíaco? () SIM () NÃO
2. Você tem dores no peito com frequência? () SIM () NÃO
3. Você desmaia com frequência ou tem episódios importantes de vertigem? () SIM () NÃO
4. Algum médico já lhe disse que a sua pressão arterial estava muito alta? () SIM () NÃO
5. Algum médico já lhe disse que você tem um problema ósseo ou articular, como, por exemplo, artrite, que se tenha agravado com o exercício ou que possa piorar com ele? () SIM () NÃO
6. Existe alguma boa razão física, não mencionada aqui, para que você não siga um programa de atividade física, mesmo que você queira? () SIM () NÃO
7. Você tem mais de 65 anos de idade e não está acostumado a exercícios intensos? () SIM () NÃO
8. Um médico já disse que você tinha alguns dos problemas que se seguem? (S/N)
 - () Doença cardíaca coronariana () Ataque cardíaco
 - () Doença cardíaca reumática () Derrame cerebral
 - () Doença cardíaca congênita () Epilepsia
 - () Batimentos cardíacos irregulares () Diabetes
 - () Problemas nas válvulas cardíacas () Hipertensão
 - () Murmúrios cardíacos () Câncer
 - () Angina

Por favor, explique: _____

09. Você tem algum dos sintomas abaixo? (S/N)

- () Dor nas costas
() Dor nas articulações, tendões ou músculo
() Doença pulmonar (asma, enfisema, outra)

Por favor, explique: _____

10. Liste os medicamentos que você está tomando (nome e motivo)

11. Algum parente próximo (pai, mãe, irmão ou irmã) teve ataque cardíaco ou outro problema relacionado com o coração antes dos 50 anos? () NÃO () SIM

12. Algum médico disse que você tinha alguma restrição à prática de atividade física (inclusive cirurgia)?

() NÃO () SIM. Por favor, explique: _____

13. Você está grávida? () NÃO () SIM.

14. Você fuma? () NÃO () SIM. _____ cigarros por dia _____ charutos por dia _____ cachimbos por dia.

15. Você ingere bebidas alcoólicas? ___ não ___ sim

() 0-2 doses/semana () 3-14 doses/semana () mais de 14 doses/semana

Nota: uma dose é igual a 28,3g de licor forte (cálice de licor), 169,8g de vinho (taça de vinho), ou 339,6g de cerveja (caneca de chope)

16. Atualmente você tem se exercitado pelo menos 2 vezes por semana, por pelo menos 20 minutos?

() NÃO () SIM.

A. Se sim, por favor, especifique:

- () corrida () esporte de raquete
() caminhada vigorosa () pilates
() bicicleta () levantamento de peso
() aeróbica () natação
() outro (especifique) _____

B. Total de minutos dispendidos em atividades aeróbicas por semana:

- () 40-60 minutos/semana
() 61-80 minutos/semana

() 81-100 minutos/semana

() 100 ou mais minutos/semana

17. Você mediu sua taxa de colesterol no ano passado?

() não

() sim – acima de 200 (Níveis perigosos)

() sim – abaixo de 200 (Níveis desejáveis)

() sim – não sabe o valor

18. Verifique a descrição que melhor representa a quantidade de estresse que você tem durante um dia normal:

() sem estresse

() estresse leve ocasional

() estresse moderado freqüente

() estresse elevado freqüente

() estresse elevado constante

19. Quais são os seus objetivos ingressando em um grupo de promoção de saúde?

() perder peso () melhorar a aptidão cardiovascular

() melhorar a flexibilidade () melhorar a condição muscular

() reduzir as dores nas costas () reduzir o estresse

() parar de fumar () diminuir o colesterol

() melhorar a nutrição () sentir-se melhor

() outro (especifique) _____

Declaro a precisão de todas as informações acima fornecidas, comprometendo-me a avisar este departamento em caso de alguma alteração que possa comprometer a prática das atividades físicas recomendadas.

CORIBE ____/____/2015

Assinatura