

TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE ESTADO DE SAÚDE

Eu, _____
(nome completo), _____ (nacionalidade), _____ (estado civil), _____ (profissão), portador(a) da cédula de identidade RG n.º _____ e inscrito(a) no CPF/MF sob o n.º _____, residente à Rua _____ n.º _____, na cidade de _____, Estado de _____, declaro que por ocasião da minha participação no evento **XTREME CROSS DUATHLON**.

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 Qual?** _____
7. Você tem mais de 65 anos de idade e não está acostumado a exercícios intensos?
 SIM **NÃO**

NOTA – CASO ALGUMA DESSAS RESPOSTA TENHAM SIDO POSITIVAS, RECOMENDA-SE VOCÊ CONSULTAR COM SEU MÉDICO E REAVER UMA NOVA AVALIAÇÃO, E QUE NÃO É INDICADO A PARTICIPAÇÃO DO EVENTO, E QUE QUALQUER SEJA A RESPOSTA POSITIVA É DE EXTREMA RESPONSABILIDADE DO ATLETA, SEGUIR ESSAS ORIENTAÇÕES.

Declaro que estou apto a participar do evento mencionado acima, onde sou inteiramente responsável por minha integridade física no que diz respeito à aptidão física para a prática de esportes, isentando a **BLU SPORTS TREINAMENTOS E EVENTOS**, a organizadora do evento, entidades patrocinadoras e demais membros do evento de toda e qualquer responsabilidade por acidentes que venham a ocorrer causados por doenças crônicas dentro das atividades do evento.

Pelo presente instrumento ainda, assumo todas as responsabilidades por eventual lesão que eu vier a sofrer, desde já eximindo a organizadora do evento, entidades patrocinadoras e demais membros do evento e qualquer responsabilidade.

Gozo de um bom estado geral de saúde, não sou portador de qualquer enfermidade ou distúrbio físico, não estou submetido a qualquer tratamento médico que me impossibilite de qualquer prática esportiva, não sou e nem nunca fui portador de distúrbios cardíacos, pulmonares, diabetes, problemas nervosos ou psíquicos, não sofro de desmaios frequentes ou convulsões, pressão alta ou baixa, não sofro de qualquer outra enfermidade que por sua natureza torne incompatível a prática esportiva.

Eventuais custos com tratamento medicamentoso, consultas, exames, procedimentos cirúrgicos que venham a ser necessários ao pleno restabelecimento da minha condição física e psicológica serão unicamente suportadas por mim.

Ainda neste ato, confirmo a veracidade do atestado de saúde.

_____ (local), de _____ de janeiro de 2018.

ASSINATURA DO ATLETA

CPF:

ASSINATURA DO PAI/MÃE E/OU RESPONSÁVEL (caso o atleta seja menor de 18 anos)

CPF: