

Piscina Municipal do Crato  
Ficha de Renovação - 2025/2026

Data \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
O Funcionário

Nome completo: \_\_\_\_\_

Cont.:	CC/BI:	Nascido: / /
--------	--------	--------------

Morada: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

1º contato: \_\_\_\_\_ 2º contato: \_\_\_\_\_

**ENSINO NATAÇÃO (4 estilos de nado, viragens e mergulho)**

Sabe nadar? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Coloque um X no estilo/os de nado que sabe nadar?

<input checked="" type="checkbox"/>	Crol	<input type="checkbox"/>	Costas	<input type="checkbox"/>	Bruços	<input type="checkbox"/>	Mariposa
-------------------------------------	------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	----------

Coloque um X na atividade que quer frequentar.	<input checked="" type="checkbox"/>
HIDROGINÁSTICA (a partir de 16 anos de idade)	<input type="checkbox"/>
HIDROGINÁSTICA SÉNIOR	<input type="checkbox"/>
HIDRO LOCALIZADA (Correcções Posturais/Fortalecimento Muscular)	<input type="checkbox"/>
AQUABYKE	<input type="checkbox"/>

Encarregado de Educação (no caso do utente ser menor de 18 anos de idade).

Nome completo: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

1º contato telefónico: \_\_\_\_\_ 2º contato telefónico: \_\_\_\_\_

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

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

## QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem o objectivo de identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início da atividade física. Caso você responda "SIM" a uma ou mais perguntas, converse com o seu médico ANTES de aumentar seu nível de atividade física. Mencione este questionário e as perguntas às quais você respondeu "SIM".

Por favor, assinale "SIM" ou "NÃO" às seguintes perguntas:

		SIM	NÃO
1	Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e e que só deveria realizar atividade física supervisionada por um		
2	Sente dores no peito quando pratica atividade física?		
3	No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física?		
4	Apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ou perda de consciência?		
5	Possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado com a atividade física?		
6	Toma algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?		
7	Tem outros problemas de saúde que gostaria mencionar?		
	Qual/quais?		

Se respondeu "SIM" a uma ou mais perguntas, leia e assine o "Termo de Responsabilidade

### TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de começar a prática de atividade física, por ter respondido "SIM" a uma ou mais perguntas do Questionário de Prontidão Atividade Física" (PAR-Q). Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

Nome completo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

