Piscina Municipal do Crato
Ficha de Matrícula - 2026/2027

Ficha de inscrição Nº_____
Data ____de_____de20__
O Funcionário
_____

Nome completo:_____

_____

Cont.:	CC/BI:	Nascido: / /

Morada:_____

_____

Localidade:_____ Cod. Postal:_____-_____

1º contato:_____ 2º contato:_____

APRENDIZAGEM DE NATAÇÃO

Sabe nadar? Sim_____ Não_____

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

	Crol		**Costas**		**Bruços**		**Mariposa**	

Coloque um X na atividade que quer frequentar.	**X**
HIDROGINÁSTICA (a partir de 16 anos de idade)	
AQUABIKE	
HIDRO LOCALIZADA (Correcções Posturais/Fortalecimento Muscular)	
HIDROGINÁSTICA SÉNIOR	

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 peguntas 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 profissional		
2	Sente dores no peito quando pratica atividade física?		
3	No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física?		
4	Apresenta desiquilibrio 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 gostaría 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 fisica, 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:_____