



ATIVIDADE QUE DESEJO PRATICAR: _____

MANHÃ ()

TARDE ()

NOITE ()

IDENTIFICAÇÃO

FOTO

3X4

NOME: _____

RG: _____

CPF: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

FONE: _____

ENDEREÇO: _____

Nº: _____

BAIRRO: _____

CEP: _____

NOME DO PAI: _____

RG _____

PROFISSÃO: _____

FONE: _____

NOME DA MÃE _____

RG: _____

PROFISSÃO: _____

FONE: _____

VIDA ESCOLAR

NOME DA ESCOLA: _____

TELEFONE: _____

ENDEREÇO: _____

ANO: _____

PERIODO QUE ESTUDA: () MANHÃ () TARDE () NOITE

ANAMINESE

1	SEU MÉDICO JÁ MENCIONOU ALGUMA VEZ QUE VOCÊ POSSUI UM PROBLEMA DO CORAÇÃO E LHE RECOMENDOU QUE SÓ FIZESSE ATIVIDADE FÍSICA SOB SUPERVISÃO MÉDICA?	() SIM	() NÃO
2	VOCÊ SENTE DOR NO TÓRAX QUANDO REALIZA ATIVIDADE FÍSICA?	() SIM	() NÃO
3	VOCÊ SENTIU DOR NO TÓRAX QUANDO ESTAVA REALIZANDO ATIVIDADE FÍSICA NO ÚLTIMO MÊS?	() SIM	() NÃO
4	JÁ PERDEU O EQUILÍBRIO POR CAUSA DE TONTURAS OU ALGUMA VEZ PERDEU A CONSCIENCIA?	() SIM	() NÃO
5	POSSUI ALGUM PROBLEMA ÓSSEO OU ARTICULAR QUE PODERIA SER AGRAVADO COM A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA?	() SIM	() NÃO
6	VOCÊ FAZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO SE SIM, QUAL?	() SIM	() NÃO
7	CONHECE ALGUMA OUTRA RAZÃO PELA QUAL VOCÊ NÃO DEVERIA PRATICAR ATIVIDADE FÍSICA?	() SIM	() NÃO
8	POSSUI ALGUMA ALERGIA?	() SIM	() NÃO

OBS.; SE HOVER AO MENOS UMA RESPOSTA SIM, É RECOMENDÁVEL UMA AVALIAÇÃO MÉDICA ANTES DE INICIAR A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS



DOCUMENTOS NECESSARIOS PARA MATRICULA

- RG E CPF DO ALUNO (CÓPIA)
- RG DO RESPONSÁVEL (CÓPIA)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (CÓPIA)
- CARTÃO DO SUS (CÓPIA)
- 1 FOTO 3X4
- COMPROVANTE DE VACINAÇÃO COVID -19 (CÓPIA)
- HORÁRIO DA MATRÍCULA- 08h30 ÀS 12h00 – 13h30 ÀS 16h30

AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL PARA MENORES DE IDADE/OU DO ALUNO CASO SEJA MAIOR DE IDADE

Responsável _____

RG: _____

Assino que é verdade e dou fé

Santa Isabel _____ de _____ de 2025

Assinatura do responsável/ Aluno (+18)

ENTRE EM CONTATO PELO NUMERO (11) 4656-4022, TELEFONE E WHATSAPP.



AUTORIZAÇÃO

Nome:		
Data Nasc:	R.G:	CPF:
Endereço:		
Nome do Pai:	RG:	CPF:
Endereço:		
Tel:	Celular:	
E-mail:		
Nome da Mãe:	RG:	CPF:
Endereço:		
Tel:	Celular:	
E-mail:		

Eu _____, autorizo meu filho (a) a estar realizando aulas de treinamento esportivo na Secretaria Municipal de Esporte e lazer, declarando-me responsável pelos atos do mesmo, eximindo tanto a Prefeitura Municipal de Santa Isabel assim como seus representantes de quaisquer acidentes, ocorrências e outras conseqüências que possam resultar direta ou indiretamente da participação do mesmo nestes treinamentos.

Por ser expressão da verdade, firmo e dou fé o presente

Santa Isabel, ___ de _____ de 2025

Assinatura



AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Fotógrafo/ Videomaker: _____

Data: ___/___/_____ Município/UF: _____

Programa/ Secretaria ou Evento: _____

DADOS DE CEDENTE

Nome: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____ Sexo: _____ Telefone: _____

Município/UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO MENOR DE IDADE

Nome: _____

Identidade: _____ Data de Nascimento: ___/___/_____ Sexo: _____

O (a) Cedente acima identificado (a), pessoalmente, por representante legal ou assistente, infra assinados, com fundamento no art. 5º, X e XXVIII da Constituição Federal/1988, e no art. 18, da Lei nº 10.406, de 10/01/2002, **AUTORIZO o MUNICIPIO DE SANTA ISABEL** a utilizar sua imagem, vídeo, voz e nome, para fins de divulgação das atividades e propaganda institucional, podendo, para tanto, reproduzir-la e/ou divulgá-la pela internet, mídia eletrônica por jornais, revistas, folders; bem como por todo e qualquer material e veículo de comunicação, público e/ou privado, e por parceiros, com finalidade informativa e de utilidade pública, **POR TEMPO INDETERMINADO**. O (a) Cedente declara ainda que não há nada a ser reclamado, a título de direitos conexos; referente ao uso de sua imagem e/ou nome. A presente autorização é concedida a título gratuito.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do (a) cedente ou responsável legal

TESTEMUNHAS:

1) Nome: _____
RG: _____

2) Nome: _____
RG: _____

OBSERVAÇÕES:

- 1) Assinatura do (a) cedente – quando o (a) beneficiário (a) tiver dezoito anos completo, pois está habilitado a praticar todos os atos de vida civil (Art. 52 do código civil – lei nº 10.406 de 10/01/2002);
- 2) Assinatura do (a) cedente e do responsável legal – quando maior de dezesseis anos e menor de dezoito anos, pois é relativamente incapaz para este ato (Art. 384, V, do código civil – lei nº 10.406 de 10/01/2002);
- 3) Assinatura do (a) responsável legal – quando o (a) beneficiário (a) tiver dezesseis anos, ocasião em que será representado pelos responsáveis legais.