

## COMUNICADO

Senhores pais e/ou responsáveis, em conformidade com a lei estadual Nº 16.724, de 22 de maio de 2018, solicitamos que preencham este questionário (adaptado) referente ao estado de saúde de seu(a) filho(a), que tem como objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início da atividade física, prevenindo, assim, uma situação de risco cardiovascular.

- Se todas as respostas forem **negativas**, basta apenas devolver o questionário preenchido e assinado.
- Se houver ao menos uma resposta **positiva** a qualquer uma das perguntas, há necessidade de avaliação médica para atestar a aptidão do aluno para atividade física no Colégio. Caso o responsável opte por não enviar atestado médico, apesar da recomendação, é obrigatório preencher termo de responsabilidade abaixo, assumindo possíveis riscos.

### OBSERVAÇÕES

- A matrícula está condicionada a apresentação deste documento preenchido e assinado pelo responsável;
- A entrega deste documento é obrigatória. Imediatamente após o pagamento da matrícula, entregue-o preenchido o mais breve possível aos professores de Educação Física.
- Os alunos que não enviarem o atestado médico ou este termo de responsabilidade assinado pelo responsável deverão comparecer às aulas presenciais, mas ficarão privados de atividades físicas.
- Caso já tenham enviado, favor desconsiderar esse comunicado.

Atenciosamente,  
Serviço Médico

### QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA 2025

Nome do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_ Série/Turma: \_\_\_\_\_

PERGUNTA	SIM	NÃO
1) Algum médico já disse que o(a) aluno(a) possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?		
2) O(A) aluno(a) sente dores no peito quando pratica atividade física?		
3) No último mês, o(a) aluno(a) sentiu dores no peito ao praticar atividade física?		
4) O(A) aluno(a) apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?		
5) O(A) aluno(a) possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?		
6) O(A) aluno(a) toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?		
7) O(A) aluno(a) realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?		
8) O(A) aluno(a) realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com a atividade física?		
9) O(A) aluno(a) já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?		
10) Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer a saúde do(a) aluno(a)?		

Nome do responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Preencher o termo abaixo APENAS se foi assinalado "SIM" em alguma das respostas acima e se optar por não trazer atestado médico de aptidão.

#### TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA 2025

Estou ciente de que é recomendável uma avaliação médica antes da prática de atividade física pelo aluno (a) \_\_\_\_\_, por ter respondido "SIM" a uma ou mais perguntas do Questionário de Prontidão para Atividade Física.

Como responsável legal, assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação e por suas possíveis consequências.

Nome do responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_