

## SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTES E LAZER - CENTRO OLÍMPICO DE TREINAMENTO E PESQUISA

## FICHA DE HISTÓRICO DE SAÚDE "PAR-Q"

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELOS PAIS OU RESPONSÁVEIS  Nome do(a) atleta:  1. As condições de nascimento de seu filho (a) foram:  [ ] sem problemas [ ] com problemas – Quais?  2. O desenvolvimento de seu filho(a)foi: [ ] sem problemas [ ] com problemas – Quais?  3. Seu filho (a) tem acompanhamento médico regular? [ ] sim [ ] não – Qual?  4. Seu filho (a) toma alguma medicação? [ ] sim [ ] não – Qual?  5. Seu filho (a) tem alergia a medicamentos ou alguma outra alergia? [ ] sim [ ] não – Qual?  6. Seu filho (a) já teve algum impedimento médico para a prática de exercícios físicos? [ ] sim [ ] não – Qual?  7. Seu filho (a) já teve algum problema com os itens abaixo, responda:  1. Coração: [ ] não [ ] sim – Qual?. 2. Pulmões: [ ] não [ ] sim – Qual?. 3. Neurológico: [ ] não [ ] sim – Qual?. 4. Ortopédico: [ ] não [ ] sim – Qual?. 5. Visão: [ ] não [ ] sim – Qual?. 6. Auditivo: [ ] não [ ] sim – Qual?.	NIC				CadastroNº  Turm	a			
1. As condições de nascimento de seu filho (a) foram:  [ ] sem problemas [ ] com problemas – Quais?  2. O desenvolvimento de seu filho(a) foi:  [ ] sem problemas [ ] com problemas – Quais?  3. Seu filho (a) tem acompanhamento médico regular?  [ ] sim [ ] não – Qual?  4. Seu filho (a) toma alguma medicação?  [ ] sim [ ] não – Qual?  5. Seu filho (a) tem alergia a medicamentos ou alguma outra alergia?  [ ] sim [ ] não – Qual?  6. Seu filho (a) já teve algum impedimento médico para a prática de exercícios físicos?  [ ] sim [ ] não – Qual?  7. Seu filho (a) já teve algum problema com os itens abaixo, responda:  1. Coração: [ ] não [ ] sim – Qual?  2. Pulmões: [ ] não [ ] sim – Qual?  3. Neurológico: [ ] não [ ] sim – Qual?  4. Ortopédico: [ ] não [ ] sim – Qual?  5. Visão: [ ] não [ ] sim – Qual?  6. Auditivo: [ ] não [ ] sim – Qual?		<u>PREEN</u> (	<u>CHIMENTO (</u>	<u>OBR</u>	RIGATÓRIO PELOS PAIS OU RESPONSÁVEIS				
[ ] sem problemas [ ] com problemas – Quais?  2. O desenvolvimento de seu filho(a)foi:     [ ] sem problemas [ ] com problemas – Quais?  3. Seu filho (a) tem acompanhamento médico regular?     [ ] sim [ ] não – Qual?  4. Seu filho (a) toma alguma medicação?     [ ] sim [ ] não – Qual?  5. Seu filho (a) tem alergia a medicamentos ou alguma outra alergia?     [ ] sim [ ] não – Qual?  6. Seu filho (a) já teve algum impedimento médico para a prática de exercícios físicos?     [ ] sim [ ] não – Qual?  7. Seu filho (a) já teve algum problema com os itens abaixo, responda:  1. Coração: [ ] não [ ] sim – Qual?  2. Pulmões: [ ] não [ ] sim – Qual?  3. Neurológico: [ ] não [ ] sim – Qual?  4. Ortopédico: [ ] não [ ] sim – Qual?  5. Visão: [ ] não [ ] sim – Qual?  6. Auditivo: [ ] não [ ] sim – Qual?	Nome d	lo(a) atleta:							
[ ] sem problemas [ ] com problemas – Quais?	1.	· ·			• •				
[ ] sim [ ] não – Qual?	2.								
[ ] sim [ ] não – Qual?	3.								
[ ]sim [ ] não – Qual?  6. Seu filho (a) já teve algum impedimento médico para a prática de exercícios físicos? [ ]sim [ ] não – Qual?  7. Seu filho (a) já teve algum problema com os itens abaixo, responda:  1. Coração: [ ] não [ ]sim – Qual?. 2. Pulmões: [ ] não [ ]sim – Qual?. 3. Neurológico: [ ] não [ ]sim – Qual?. 4. Ortopédico: [ ] não [ ]sim – Qual?. 5. Visão: [ ] não [ ]sim – Qual?. 6. Auditivo: [ ] não [ ]sim – Qual?.	4.								
[ ]sim [ ] não – Qual?	5.								
1. Coração: [ ] não [ ] sim — Qual?. 2. Pulmões: [ ] não [ ] sim — Qual?. 3. Neurológico: [ ] não [ ] sim — Qual?. 4. Ortopédico: [ ] não [ ] sim — Qual?. 5. Visão: [ ] não [ ] sim — Qual?. 6. Auditivo: [ ] não [ ] sim — Qual?.	6.								
<ol> <li>Pulmões: [ ] não [ ] sim – Qual?</li> <li>Neurológico: [ ] não [ ] sim – Qual?</li> <li>Ortopédico: [ ] não [ ] sim – Qual?</li> <li>Visão: [ ] não [ ] sim – Qual?</li> <li>Auditivo: [ ] não [ ] sim – Qual?</li> </ol>	7.	Seu filho (a) já teve	e algum probi	ema	a com os itens abaixo, responda:				
4. Ortopédico: [ ] não [ ] sim – Qual? 5. Visão: [ ] não [ ] sim – Qual? 6. Auditivo: [ ] não [ ] sim – Qual?									
5. Visão: [ ] não [ ] sim – Qual? 6. Auditivo: [ ] não [ ] sim – Qual?		3. Neurológico:	[ ] não	[	] sim – Qual?_				
6. Auditivo: [ ] não [ ] sim – Qual?		•		[					
				٠	•				
8. Outras informações que considere necessárias:		6. Auditivo:	[ ] não	l	J sim – Qual?				
• •	8.	Outras informaçõe	es que conside	ere r	necessárias:				

Declaro e assumo a responsabilidade pelas informações acima prestadas e autorizo meu filho (a) a participar das atividades esportivas do COTP.



## SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTES E LAZER – CENTRO OLÍMPICO DE TREINAMENTO E PESQUISA

Data://	Parentesco:	R.G.:	
Nome		 Assinatura	