

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

* LEI Nº 6765 DE 05 DE MAIO DE 2014.

DISPÕE SOBRE A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS E ESPORTIVAS EM CLUBES, ACADEMIAS E ESTABELECIMENTOS SIMILARES, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Faço saber que a Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Considera-se obrigatório e imprescindível, para a prática de qualquer atividade física e esportiva, em clubes, academias e estabelecimentos similares, o preenchimento, pelo interessado, do Questionário de Prontidão para Atividade Física constante do Anexo I e do Termo de Responsabilidade para a Prática de Atividade Física constante do Anexo II desta Lei.

Parágrafo único. Se o interessado for menor de idade, o Questionário e o Termo de Responsabilidade deverão ser preenchidos e assinados pelo responsável legal, juntamente com sua autorização por escrito.

Art. 2º Fica dispensada a apresentação de atestado médico ou a obrigatoriedade de qualquer outro exame de aptidão física aos interessados que responderem negativamente a todas as perguntas do Questionário de Prontidão para Atividade Física.

Parágrafo único. Aos que responderem positivamente a qualquer uma das perguntas do Questionário, será exigida a apresentação de atestado médico de aptidão física, na forma das Leis Estaduais nº 2.014, de 15 de julho de 1992, e 2.835, de 17 de novembro de 1997, o qual deverá ser anotado e arquivado junto ao prontuário do interessado.

Questionário

Este Questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física. Por favor, assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

1) Algum médico já disse que você (o aluno) possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

Sim Não

2) Você (o aluno) sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim Não

3) No último mês, você (o aluno) sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

Sim Não

4) Você (o aluno) apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

Sim Não

5) Você (o aluno) possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

Sim Não

6) Você (o aluno) toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

Sim Não

7) Você (o aluno) realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

() Sim () Não

8) Você (o aluno) realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com a atividade física?

() Sim () Não

9) Você (o aluno) já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

() Sim () Não

10) Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua (do aluno) saúde?

() Sim () Não

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Eu, _____, declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, responsável legal pelo menor _____, autorizo o mesmo a pratica do futebol, me responsabilizando pelo conteúdo firmado acima, tendo ciência de que é de minha responsabilidade a omissão de qualquer informação relevante não informada.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura