



Dados Pessoais

Nome _____ Nº Cartão _____
(Piscinas)

Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____

Nº Identificação _____ Nº Contribuinte _____

Morada _____ Cód. Postal _____ - _____

Contacto Telefónico _____ E-mail _____

Dados Pessoais do Acompanhante

Nome _____

Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____

Nº Identificação _____ Nº Contribuinte _____

Contacto Telefónico _____ E-mail _____

Modalidades

- Adaptação ao Meio Aquático Bebés (Bebés dos 6 meses aos 3 anos): Aulas de 30 minutos

Piscina Pequena

Horas	4ª feira e sábado	Horas
18h45	Bebés	11h00
19h15	Bebés	11h30





Termo de Responsabilidade

A Lei N.º 5/2007, de 16 de janeiro, que aprova a Lei de Bases da Atividade Física e do Desporto, refere no n.º 2 do seu Artigo 40º que, no âmbito das atividades físicas e desportivas não federadas, “*constitui especial obrigação do praticante assegurar-se, previamente, de que não tem quaisquer contra-indicações para a sua prática.*”

Assim, deixa de ser obrigatório a apresentação de exame médico para a prática desportiva existindo, tão somente a especial obrigação do praticante assegurar que não tem quaisquer contra-indicações para a prática desportiva que pretende desenvolver.

De acordo com o acima exposto, eu _____, com o CC/BI n.º _____, declaro:

(cruz)

Na qualidade de UTENTE, estar ciente e ter conhecimento da legislação em vigor, pelo que me asseguro que não possuo quaisquer contra-indicações para a prática da natação ou outra atividade aquática.

(cruz)

Na qualidade de ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO do utente _____, estar ciente e ter conhecimento da legislação em vigor, pelo que me assegurei que o meu educando não possui quaisquer contra-indicações para a prática da natação ou outra atividade aquática.

Mais declaro que, caso no futuro as condições atuais sejam alteradas, assumo a responsabilidade de informar os serviços das Piscinas Municipais de Porto de Mós.

Por ser verdade, e por me ter sido pedido, passo este termo de responsabilidade que dato e assino.

Porto de Mós, _____ de _____ de _____

Utente / Encarregado de Educação

(Assinatura)





Questionário sobre estado de Saúde / Ficha Informativa

A informação que nos facultar irá contribuir para a sua segurança e vai-nos permitir estruturar de uma forma efetiva o programa de treino para cada um.

1. Marque os problemas abaixo que tenham sido diagnosticados ou tratados por um médico:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular (Coração) | <input type="checkbox"/> Obesidade |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Problemas musculares | <input type="checkbox"/> Articulação |

2. Possui alguma alergia?

- Não Sim Qual? _____

3. Possui alguma restrição à prática da natação?

- Não Sim Qual? _____

4. Já praticou exercício físico?

- Não Sim Qual? _____

5. Atualmente, realiza alguma atividade física?

- Não Sim Qual? _____

6. Objetivos em relação à atividade física:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Melhoria da condição física | <input type="checkbox"/> Emagrecimento |
| <input type="checkbox"/> Correção postural | <input type="checkbox"/> Recuperação/ prevenção de lesão (coluna, joelho) |
| <input type="checkbox"/> Convívio social & Lazer | <input type="checkbox"/> Diminuição do stress |
| Outro (s) _____ | |

7. Caso tenha alguma informação para acrescentar, que não tenha sido perguntada neste questionário de saúde, faça registar neste espaço.

Porto de Mós, _____ de _____ de _____

Utente / Encarregado de Educação

(Assinatura)