



## Dados Pessoais

Nome \_\_\_\_\_ Nº Cartão \_\_\_\_\_  
(Piscinas)

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Nº Identificação \_\_\_\_\_ Nº Contribuinte \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_ Cód. Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Contacto Telefónico \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Tem experiência na área da natação? \_\_\_\_\_

## 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 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.

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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

Li e aceito cumprir o regulamento da Piscina Municipal de Porto de Mós.





## 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 |
| <input type="checkbox"/> Problema Renal                  | <input type="checkbox"/> Coluna      |
| <input type="checkbox"/> Otites                          | <input type="checkbox"/> Outra _____ |

### 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

---

---

---

---

Porto de Mós, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)