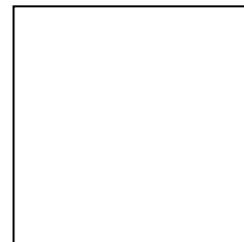


INSCRIÇÃO

REVALIDAÇÃO

ADERENTE N.º _____ CARTÃO DO MUNICIPE N.º _____



Nome do Utilizador: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____, _____ Tlf (casa): _____

Data de nascimento: ___ / ___ / _____ N.º C.C./ B.I. _____ N.I.F. _____

Tlm: _____ E-mail: _____

Sistema de Saúde: _____ Beneficiário n.º: _____

AUTORIZAÇÃO MENORES

Eu, _____, na qualidade de _____ (grau de parentesco, enc. de educação, etc.) autorizo o meu educando acima referido a participar nas actividades do Centro Municipal de Corrida e Marcha de Tábua, responsabilizando-me ainda pelo cumprimento das normas do regulamento.

DEVERES

Deve, o utilizador antes de assinar a presente ficha de inscrição, ler as normas de funcionamento do CMMCT, de forma a estar consciente dos seus direitos e obrigações.

Tábua, ___ de _____ de 20__

O Utilizador*,

O elemento da Coordenação Técnica,

* No caso do utilizador ser menor, deverá o encarregado de educação assinar a ficha de inscrição do CMMCT.

1. Pratica ou já praticou alguma actividade física?
Não Sim Qual(ais)? _____ Com que frequência? _____
2. Qual a posição que a sua profissão mais o(a) obriga a estar?
Em pé ; Sentada ; Outra : _____
3. Costuma andar a pé? Não ; Sim .
4. Qual(ais) o(s) objectivo(s) da inscrição?
Manutenção da Condição Física ; Melhoria da Condição Física ; Saúde ; Bem-estar ;
Outro(s) : _____
5. Costuma ter dores em alguma(s) região(ões) do corpo?
Não Sim Qual(ais)? _____ Com que frequência? _____
6. Já realizou algum tipo de cirurgia?
Não Sim Onde? _____ Porquê? _____
7. Indique abaixo as possíveis alterações salutareas adquiridas, ou ainda em desenvolvimento, de que tenha conhecimento.
Asma - Não ; Sim ; **Diabetes** - Não ; Sim ; **Hipertensão** - Não ; Sim ; **Osteoporose** - Não ; Sim ;
Problemas Cardio-vasculares - Não ; Sim ; Qual(ais)? _____
Problemas Osteo-articulares - Não ; Sim ; Qual(ais)? _____
Problemas de Coluna Vertebral - Não ; Sim ; Qual(ais)? _____
Problemas Neurológicos - Não ; Sim ; Qual(ais)? _____
Problemas Respiratórios - Não ; Sim ; Qual(ais)? _____
Problemas Gastrointestinais - Não ; Sim ; Qual(ais)? _____
Outros - Não ; Sim Qual(ais)? _____
8. É Fumador(a)? Não Sim

Após consultar o seu médico, solicite-lhe que mencione na declaração as restrições, caso existam, à prática.

Obrigado pela sua colaboração!