



Ministério da Educação  
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco  
Campus Garanhuns

## EDITAL CGAR/IFPE Nº 05, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2024

### ANEXO IV

#### DECLARAÇÃO DE SAÚDE E APTIDÃO FÍSICA PARA A REALIZAÇÃO DE PRÁTICAS ESPORTIVAS

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um médico ante o início da atividade física. Caso você responda “SIM” a uma ou mais perguntas, converse com seu médico ANTES de aumentar seu nível atual de atividade física. Mencione este questionário e as perguntas às quais você respondeu “SIM”.

**Por favor, assinale “SIM” ou “NÃO” às seguintes perguntas:**

**1. Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?**

Sim ( ) Não ( )

**2. Você sente dores no peito quando pratica atividade física?**

Sim ( ) Não ( )

**3. No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física?**

Sim ( ) Não ( )

**4. Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ ou perda de consciência?**

Sim ( ) Não ( )

**5. Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?**

Sim ( ) Não ( )

**6. Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?**

Sim ( ) Não ( )

**7. Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?**

Sim ( ) Não ( )

**Nome completo e assinatura do estudante :**

**Idade:**

**Nome completo e assinatura do/s responsável/is:**

**Idade:**