

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que estou em perfeitas condições físicas para realizar a prática de atividades esportivas oferecidas pela academia e que as informações abaixo são verdadeiras.

Dados pessoais

Nome: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____ Estado Civil: _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
 Telefone residencial: _____ Telefone Celular: _____
 E-mail: _____
 RG: _____ CPF: _____
 Profissão: _____ Empresa: _____

Dados médicos

Você possui alguma das doenças abaixo?

Hipertensão Diabetes Problemas do coração Artrite/Artrose
 Outros: _____

Atualmente está fazendo uso de algum medicamento? Sim Não

Quais: _____

Você é alérgico a algum medicamento? Sim Não

Quais: _____

Você tem médico particular? Sim Não

Nome: _____

Telefones: _____

Em caso de emergência, esse profissional pode ser avisado? Sim Não

Você possui convênio/plano de saúde? Sim Não

Qual: _____

Você sabe qual o seu tipo sanguíneo? Sim Não - Tipo: _____

Intenção de treino/frequência semanal: 2 a 3 vezes/semana 4 a 5 vezes/semana

Contatos

Em caso de emergência ocorrida na academia podemos avisar:

Nome: _____

Parentesco: _____ Telefone: _____

Nome: _____

Parentesco: _____ Telefone: _____

Declaro que li e concordo com o **Regulamento da academia.**

Araraquara, _____ de _____ de 20 _____.

 (assinatura / responsável legal - para menores de 18 anos)

Consultor: _____

