



## COLÉGIO ESTADUAL DO PARANÁ

ENSINO FUNDAMENTAL, MÉDIO E PROFISSIONAL

COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO FÍSICA

### AVALIAÇÃO DE PRONTIDÃO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

ALUNO (A) \_\_\_\_\_  
SÉRIE/ANO \_\_\_\_\_ TURNO \_\_\_\_\_

**1) Alguma vez o médico disse que seu(ua) filho(a) apresentava algum problema de coração e recomendou que só fizesse atividade física sob supervisão médica?**

( ) sim ( ) não

**2) Seu(ua) filho(a) sente dores no peito causadas pela prática de atividade física?**

( ) sim ( ) não

**3) Seu(ua) filho(a) tende a perder a consciência ou cair, como resultado de tontura?**

( ) sim ( ) não

**4) Seu(ua) filho(a) tem algum problema ósseo ou muscular que pode ser agravado com a prática de atividade física?**

( ) sim ( ) não

**5) Algum médico já recomendou o uso de medicamentos para a pressão arterial ou condição cardiovascular de seu(ua) filho(a)?**

( ) sim ( ) não

**6) Seu(ua) filho(a) tem alguma alergia?**

( ) sim Qual? \_\_\_\_\_ ( ) não

**7) Você tem consciência, através de sua própria experiência ou aconselhamento médico, de alguma razão física que impeça seu(ua) filho(a) da prática de atividade física sem supervisão médica?**

( ) sim ( ) não

**8) Seu(ua) filho(a) sente falta de ar?**

( ) sim, somente durante o esforço físico ( ) sim, tem problemas respiratório:

( ) não

**9) Seu(ua) filho(a) alguma vez apresentou crise convulsiva?**

( ) sim ( ) não

**10) Seu(ua) filho(a) é portador de epilepsia?**

( ) sim ( ) não

**11) Seu(ua) filho(a) é portador de diabetes?**

( ) sim ( ) não

Assinatura do aluno(a): \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Telefone do responsável (pai/mãe): \_\_\_\_\_

É INDISPENSÁVEL A APRESENTAÇÃO DESTA AVALIAÇÃO NA REALIZAÇÃO DO EXAME MÉDICO OU ENTREGA DO ATESTADO MÉDICO.

**EXAME CLÍNICO E DERMATOLÓGICO PARA USO DA PISCINA E ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

( ) APTO

( ) INAPTO