

**Processo Seletivo - Atividades Curriculares da Cultura Corporal – ACCCs**

**QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA (PAR-Q)**

O INSTITUTO FEDERAL BAIANO em observância às disposições que regulamentam e flexibilizam novo método de avaliação médica para os praticantes de atividades físicas e desportivas, estabelece que:

- I. Os (as) estudantes com idade igual ou superior a 18 anos, deverão responder atentamente o Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q), responsabilizando-se pela veracidade das respostas.
- II. Para os (as) estudantes com idade inferior a 18 anos, o formulário deve ser preenchido e assinado pelos pais ou responsáveis.
- III. O referido Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q) terá validade de 01 (um) ano a partir da data de apresentação.

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do 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:**

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?		
2. Você sente dores no peito quando pratica atividade física?		
3. No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física?		
4. Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ou perda de consciência?		
5. Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?		
6. Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?		
7. Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?		
8. Você já apresentou/protocolou no Esporte Clube Pinheiros algum Atestado Médico com restrições à prática de atividade esportiva.		

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das respostas acima, comprometendo-me a comunicar aos professores de Educação Física do *campus* Santa Inês, por escrito, qualquer evento adverso que venha a alterá-las, assim como declaro ciência do regulamento descrito.

Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

**Nome Completo do(a) Estudante:** \_\_\_\_\_

**Matrícula:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2025.

**Assinatura Pais/Responsável:** \_\_\_\_\_.