

2ª CORRIDA PELA EDUCAÇÃO



FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Contatos: () _____

() _____ Emergência: () _____

Facebook  : _____ . Whassaap:  () _____

DADOS OBRIGATÓRIOS

RG: _____ CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Email: _____

Gênero: Feminino () Masculino () Idade em 31/12/15: ____/____/____

Tamanho da Camisa: Baby Look () P () M () G () GG () XG ()

Marque apenas o seu segmento: () Sou Servidor Público da Educação Básica da Rede Estadual ou Municipal*

*Comprovação através do Contracheque atual.

() Sou Competidor Externo/Publico Geral.

Ao se inscrever na 2ª Corrida Pela Educação – Salvador, o participante automaticamente atesta a veracidade dos dados pessoais preenchidos na ficha de inscrição, se dispõe preencher e entregar o questionário de saúde (PAR-Q), assim como autoriza imagens, fotos, vídeos, ações de divulgação e marketing para edições futuras do Evento Esportivo (ou outros promovidos pela mesma Comissão Organizadora), e declara concordar com o Regulamento Oficial da Prova, e o seu Termo de Responsabilidade.

Salvador, _____ de _____ de 2015.



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO: 2ª CORRIDA PELA EDUCAÇÃO – SALVADOR

Atestamos para os devidos fins, que _____

RG: _____ CPF: _____

se inscreveu na 2ª Corrida Pela Educação – Salvador.

Salvador, _____ de _____ de 2015.

Carimbo e/ou Assinatura da Fba – Federação Baiana de Atletismo / Aplb-Sindicato).

QUESTIONÁRIO PAR-Q

1 Alguma vez um médico lhe disse que você possui um problema de coração e recomendou que só fizesse atividade física sob supervisão medica?

SIM () NÃO ()

2 Você sente dor no peito causada pela pratica de atividade física?

SIM () NÃO ()

3 Você sentiu dor no peito no ultimo mês?

SIM () NÃO ()

4 Você tende a perder a consciência ou cair, como resultado de tonteira?

SIM () NÃO ()

5 Você tem algum problema ósseo, articular, muscular, ou orgânico que poderia ser agravado com a prática de atividade física?

SIM () NÃO ()

6 Algum medico já recomendou o uso de medicamentos para a sua pressão arterial ou condição cardiovascular.

SIM () NÃO ()

7 Você tem consciência, através da sua própria experiência ou aconselhamento medico, de alguma outra razão que impeça sua prática de atividade física sem supervisão da área de saúde?

SIM () NÃO ()

8 Seus pais ou irmãos tiveram alguma doença cardiovascular ou diabetes antes dos 50 anos?

SIM () NÃO ()

ASSINATURA:

Salvador, _____ de _____ de 2015.

_____.

