



FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

Data: ___/___/____. Horário: _____. Local: _____.

PREENCHIMENTO PELO SÓCIO

OBSERVAÇÕES

1. Levar ficha (frente) preenchida ao médico;
2. O preenchimento da ficha (verso) é exclusivo do médico;
3. Evite fazer atividade física 24 horas antes da avaliação.

Nome:		M.	F.
Data de nascimento: ___/___/____.	Idade:	Profissão:	
Nº de sócio:	Titular:	Dependente:	
E-mail:			
Telefone para contato: ()		Pessoa para contato:	
Convênio médico?	Sim	Não	Qual?
Responsável (se menor):		Grau de parentesco:	

OBJETIVOS (Atividades que pretende realizar no Clube)

ANAMNESE

Tabagismo?	Sim	Não	
------------	-----	-----	--

Doenças familiares	() Diabetes	() Hipertensão Arterial	() Colesterol	() Problemas cardíacos
	() Problemas pulmonares			Outros:

Doenças pessoais	() Diabetes	() Hipertensão Arterial	() Colesterol	() Problemas cardíacos
	() Problemas pulmonares			Outros:

Fez cirurgia?	Sim	Não	Há quanto tempo?
---------------	-----	-----	------------------

Fratura, lesões?	Sim	Não	Há quanto tempo?
------------------	-----	-----	------------------

Hábitos de atividade física?	Qual:	Há quanto Tempo?
------------------------------	-------	------------------

OUTROS RELATOS

AUTORIZAÇÃO PARA O MENOR FREQUENTAR A MUSCULAÇÃO

Eu, _____, autorizo meu dependente mencionado acima, a frequentar a Sala de Musculação, conforme determina o Artigo 29 §1º do Regimento Interno.

Assinatura do responsável

Declaro não ter omitido nada a respeito do meu estado de saúde e histórico esportivo.

Assinatura do avaliado



FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO

Peso	Kg
Estatura	cm

P.A. repouso	Mm/HG
F.C. repouso	B.p.m.

Assinalar as **atividades** abaixo, que o aluno se interessa em participar e que **poderá fazer** com prescrições e restrições:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alongamento: _____ | <input type="checkbox"/> Basquetebol: _____ |
| <input type="checkbox"/> Circuito Funcional: _____ | <input type="checkbox"/> Futsal: _____ |
| <input type="checkbox"/> Localizada: _____ | <input type="checkbox"/> Hidroginástica: _____ |
| <input type="checkbox"/> Jiu-Jitsu: _____ | <input type="checkbox"/> Karatê: _____ |
| <input type="checkbox"/> Clube Aerobic Boxe: _____ | <input type="checkbox"/> Musculação: _____ |
| <input type="checkbox"/> Natação: _____ | <input type="checkbox"/> Spinning: _____ |
| <input type="checkbox"/> Step: _____ | <input type="checkbox"/> Tênis/Squash: _____ |
| <input type="checkbox"/> Voleibol: _____ | <input type="checkbox"/> Yoga: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zumba: _____ | <input type="checkbox"/> Jump: _____ |
| <input type="checkbox"/> Handball: _____ | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |

Observações:

Médico responsável / Data:	CRM: