

SEMEL	OPEN RESENDE DE JIU JITSU SEMEL 2025	4/5
-------	---	-----

ANEXO I

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

Eu, responsável pelo menor (atleta) _____, venho solicitar a sua Inscrição no **OPEN RESENDE DE JIU JITSU SEMEL 2025**, na Modalidade: GERAL assumindo, nesta oportunidade as cláusulas abaixo:

- 01) Eximir a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SEMEL), e a Prefeitura Municipal de Resende de eventuais acidentes - tais como lesões, machucados, torções, etc., decorrentes da prática esportiva. Se ocorrer é dever do Secretaria prestar os primeiros socorros somente;
- 02) DECLARO QUE O ALUNO INSCRITO ESTÁ APTO AO ESPORTE;
- 03) Declaro que o atleta (aluno) está estudando;
- 04) Informar a Subsecretaria de Esportes e/ou professores do Projeto eventuais PROBLEMAS DE SAÚDE que o atleta venha a sofrer;
- 05) A frequência do aluno (atleta) nos treinos será controlada. É cargo do responsável pelo aluno zelar pela frequência do atleta nos treinamentos;
- 06) Os dias e horários dos treinamentos (turmas) serão divulgados previamente;
- 07) O aluno (atleta) deverá comparecer com o material de treinamento;
- 08) Os problemas de ordem disciplinar serão resolvidos pela Subsecretaria de Esporte e posteriormente comunicados aos responsáveis pelo aluno (atleta);
- 09) Em caso de chuva 30 minutos antes do início do torneio fica acertado que o mesmo estará cancelado;
- 10) Os casos omissos serão resolvidos pela Subsecretaria de Esporte, dando conhecimento aos responsáveis pelos alunos.

Nestes termos ASSINO a presente INSCRIÇÃO e AUTORIZO o menor a frequentar o TORNEIO DE JIU JITSU DA SEMEL, informando ainda que o mesmo se encontra matriculado em escola de ensino regular, EM PLENAS CONDIÇÕES DE SAÚDE PARA PRÁTICA DE ESPORTE, consciente e me responsabilizando por todo e qualquer acidente que o menor venha sofrer praticando esporte nos locais de treino. OBS: A INSCRIÇÃO SÓ TERÁ VALIDADE MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DESTA FICHA PREENCHIDA E ASSINADA PELO RESPONSÁVEL.

Resende, _____ de _____ de 2025.

ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS PAI OU MÃE (Outro – especificar)

PAR Q ☐ Physical Activity Readiness Questionnaire

Este questionário tem objetivo de identificar a necessidade de avaliação clínica antes do início da atividade física. Caso você marque mais de um sim, é aconselhável a realização da avaliação clínica. Contudo, qualquer pessoa pode participar de uma atividade física de esforço moderado, respeitando as restrições médicas. Por favor, assinale “sim” ou “não” as seguintes perguntas:

1) Alguma vez seu médico disse que você possui algum problema de coração e recomendou que você só praticasse atividade física sob prescrição médica?

☐ () sim ☐ () não

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

☐ () sim ☐ () não

3) Você sentiu dor no peito no último mês?

☐ () sim ☐ () não

4) Você tende a perder a consciência ou cair como resultado do treinamento?

☐ () sim ☐ () não

5) Você tem algum problema ósseo ou muscular que poderia ser agravado com a prática de atividades físicas?

☐ () sim ☐ () não

6) Seu médico já recomendou o uso de medicamentos para controle de sua pressão arterial ou condição cardiovascular?

☐ () sim ☐ () não

7) Você tem consciência, através de sua própria experiência e/ou de aconselhamento médico, de alguma outra razão física que impeça a realização de atividades física?

☐ () sim ☐ () não

Gostaria de comentar algum outro problema de saúde seja de ordem física ou psicológica que impeça a sua participação na atividade proposta?

Declaração de Responsabilidade Estou ciente das propostas do Evento da Secretaria de Esporte e Lazer da Cidade, evento/ atividade:

Assumo a veracidade das informações prestadas no questionário “PAR Q” e afirmo estar liberado pelo meu médico para participação na atividade citada acima.

Nome do participante: _____

Assinatura do Responsável