



Autorização para credenciamento e
Termo de Responsabilidade para menor de idade

Eu, _____, portador do RG
_____ e do CPF _____
abaixo assinado, declaro para os devidos fins, que:

1. Sou responsável pelo(a) menor inscrito(a) nessa ficha de inscrição;
2. Estou ciente e autorizo o(a) mesmo(a) a se credenciar no Sesi-SP, bem como a frequentar/utilizar suas dependências, responsabilizando-me por todos os atos praticados por ele, dentro da entidade.
3. É de minha responsabilidade o cuidado com a saúde do(a) menor citado(a), prevenindo eventuais problemas clínicos durante a prática de qualquer atividade física.

Nome do(a) aluno(a): _____

Data, ____/____/20____.

Assinatura do(a) responsável



**AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E VOZ
(MENOR OU RELATIVAMENTE INCAPAZ)**

Eu, _____ (nome: pai, mãe ou responsável legal), residentes e domiciliados na R./Av. _____, Bairro _____,

na cidade de _____, Estado de _____, CEP _____,

AUTORIZO, o SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA – SESI, Departamento Regional de São Paulo, inscrito no CNPJ sob o nº 03.779.133/0001-04, CAPTAR a imagem e voz do(a) menor

_____ (nome do menor ou do relativamente incapaz), RG nº _____, e/ou interpretação, execução, quando associados à participação em atividades do(a) SESI BAURU para a publicação, fixação destes na produção de conteúdo(s), obra escrita e/ou audiovisual criada pelo SESI-SP, doravante denominada simplesmente OBRA, nos seguintes termos, a saber:

1. O objeto da presente autorização refere-se ao uso da imagem, da voz em materiais institucionais, conteúdo multimídia, podendo ocorrer o uso em revistas impressa e digital, e também por outros meios de transmissão, em todas as mídias eletrônicas, TV aberta, TV à cabo, cinema, mídias alternativas, *internet*, bem como folhetos, relatórios e inclusive em qualquer material impresso, bem como fixar a OBRA em qualquer tipo de suporte, material, suportes de computação gráfica em geral, ou armazená-la em banco de dados, exibi-la através de projeção em tela em locais de frequência coletiva ou em locais públicos, transmiti-la via rádio e/ou televisão de qualquer espécie, através de todas as formas de transporte de sinal existentes, independentemente das características e atributos do sistema de distribuição, retransmissão em qualquer sistema, formato, suporte, veículo de comunicação (Radio, Fotografia, *Internet* e suas diversas mídias digitais, como por exemplo, *Youtube*, *Facebook*, *Instagram*, *Deezer*, *Amazon*, *Netflix*), e quaisquer outras que forem meios de comunicação, através de todas as formas de transporte de sinal, fibra ótica, cabo, satélite, UHF, VHF, MMDS, incluindo ainda, *near vídeo on demand* ou *vídeo on demand*, *streaming* (*webcasting*, *simulcasting*), podendo fixar todo ou parte do conteúdo de sua participação, mesmo que seja eventual, em CD's, CD's Room, MP3, Mds Arquivo Digital, CD ROM, CD-I ("*compact-disc*" interativo), "*homevideo*", DAT, DVD ("*digital video disc*"), *ebook*, livro eletrônico, *pocketbook* e outros, independentemente da forma de distribuição, sejam elas tradicionais ou não, tais como, mas não restritas às livrarias, bancas de jornais, fontes de acesso remoto para comunicação pela *internet* e disponibilização em banco de dados; abrangendo quaisquer tipos de plataformas, disseminá-la ainda através da *Internet* e/ou telefonia, fixa ou móvel, produzir novas obras audiovisuais ("*remakes*"), utilizar trechos ou extratos da mesma.

2. A modalidade desta autorização é universal, em caráter total, definitivo, irrevogável, irretroatável, definitiva e exclusiva, produzindo seus efeitos legais, representando na forma da lei, e por seus herdeiros e sucessores, em todos os seus aspectos, manifestações e aplicações diretas e indiretas, processos de reprodução e divulgação ou extensões, adaptações, ampliações e traduções, com todas as faculdades de exploração e utilização que forem necessárias para o exercício dos direitos cedidos, a exclusivo critério do SESI-SP.

3. A autorização, objeto deste instrumento é feita a título gratuito, produzindo seus efeitos no Brasil ou em qualquer lugar situado fora das fronteiras nacionais.

4. O SESI-SP poderá utilizar, amplamente, os direitos ora autorizados, para fins institucionais, no Brasil ou no exterior, sem qualquer limitação de tempo, ou de números de vezes, a partir da data de sua assinatura, ou de modalidade de utilização, a seu exclusivo critério, sem que caiba qualquer participação no proveito econômico.

Bauru, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Pai _____

RG _____

CPF _____

Assinatura da Mãe _____

RG _____

CPF _____

OU

Responsável Legal _____

RG _____

CPF _____

Assinatura do Relativamente Incapaz (Relativamente Incapaz deve assinar junto com os pais a partir de 16 anos até 17 anos e 11 meses):

Relativamente Incapaz: _____

RG: _____

CPF: _____



Anamnese (do grego ana, trazer de novo e mnesis, memória) é uma entrevista realizada pelo profissional de saúde ao seu paciente, que tem a intenção de ser um ponto inicial no diagnóstico.

Histórico Pessoal

Você Tem alergia?

Sim () não ()

Você está grávida?

Sim () Quantos meses _____ não ()

Faz uso contínuo de algum medicamento?

Sim () Qual _____ não ()

Tem histórico de cardiopatia na família?

Sim () não ()

Tem histórico de hipertensão na família?

Sim () ou não ()

Sofreu alguma lesão (muscular ou óssea) nos últimos 12 meses?

Sim () Onde _____ não ()

Realizou alguma Cirurgia nos últimos 12 meses?

Sim () Onde _____ não ()

Você desmaia com frequência ou tem episódios importantes de vertigem?

() sempre () as vezes () nunca

Possui algum dos sintomas abaixo?

() Dor nas costas () Dor nas articulações, tendões ou músculo () nenhum



Comportamento Preventivo

Realiza exames médicos periodicamente?

Sim () não ()

Você conhece sua PRESSÃO ARTERIAL, seu nível de colesterol e procura controlá-lo?

Sim () não ()

Você fuma?

Sim () Parei de Fumar () Não, nunca fumei ()

Quantas horas por dia você dorme?

Até 4 horas () até 6 horas () 8 horas ou mais ()

Atividade Física

Qual o seu objetivo com relação à atividade física?

Estética ()

Terapêutico ()

Convívio social ()

Condicionamento físico ()

Emagrecimento ()

Lazer ()

Alguns médicos já lhe disseram que você tem um problema ósseo ou articular, como, por exemplo, artrite, que se tenha agravado com o exercício ou que possa piorar com ele?

Sim () Não ()

Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

Sim () Não ()

Pratica alguma atividade física atualmente?

Sim () Qual _____ não ()



Durante quanto tempo praticou ou pratica atividade física?

No máximo 3 meses ()

Entre 4 meses e 1 ano ()

Acima de 1 ano ()

Me mantenho ativo ()

Você realiza ao menos 30 minutos de atividade física moderada ou intensa, de forma contínua ou moderada, 5 ou mais vezes por semana?

Sim () Não ()

No seu dia a dia, você pedala ou caminha com meio de transporte e referencialmente, usa as escadas ao invés do elevador?

Sim () Não ()

Alimentação

Sua alimentação diária inclui ao menos 5 porções diárias de frutas e verduras?

Sempre () as vezes () nunca ()

Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) doces?

Sempre () as vezes () nunca ()

Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo?

Sempre () as vezes () nunca ()

Faz dieta?

Sim () Não ()



Declaração de Responsabilidade

Estou ciente das propostas do SESI-SP Programa Atleta do Futuro na Unidade de Bauru, assumindo a veracidade das informações prestadas no questionário "Anamnese".

Nome: _____

Nome do responsável se menor de 18 anos: _____

Data, ____/____/20__.

Assinatura



Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q)

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:

- 1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?
() SIM () NÃO
- 2) Você sente dores no peito quando pratica atividade física?
() SIM () NÃO
- 3) No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física?
() SIM () NÃO
- 4) Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ou perda de consciência?
() SIM () NÃO
- 5) Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?
() SIM () NÃO
- 6) Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?
() SIM () NÃO
- 7) Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?
() SIM () NÃO

Nome: _____

Nome do responsável, se menor de 18 anos: _____

Data, ____/____/20____.

Assinatura



Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física

Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física, por ter respondido "SIM" a uma ou mais perguntas do "Questionário de Prontidão para Atividade Física" (PAR-Q).

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

Nome: _____

Nome do responsável, se menor de 18 anos: _____

Data, ____/____/20____.

Assinatura