
AUTORIZAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO E TERMO DE RESPONSABILIDADE
PARA MENOR DE IDADE

1. Declaro que sou responsável pelo menor inscrito nessa Ficha de Inscrição e estou ciente e autorizo o mesmo se credenciar no SESI-SP, bem como a frequentar/utilizar suas dependências, responsabilizando-me por todos os atos praticados por ele, dentro da entidade, e ainda, frequentar as aulas e participar de eventos do “Programa SESI-SP Atleta do Futuro” nas instalações que serão utilizadas responsabilizando-me por todos os atos praticados por ele dentro da Entidade, sem que seja necessária a minha presença, bem como autorizo o uso da imagem do menor citado, a utilização de registros fotográficos, vídeos e depoimentos para ações do Programa.
2. Declaro, ainda, que é de minha responsabilidade os atos praticados por ele em atividades ligadas ao programa e o cuidado com a saúde do(a) menor citado(a), prevenindo eventuais problemas clínicos durante a prática de qualquer atividade física.

FICHA DE INSCRIÇÃO

NOME DO (A) ALUNO(A)

CPF DO(A) ALUNO(A) obrigatório: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

CPF DO RESPONSÁVEL obrigatório: _____ SEXO: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____

CEP: _____

TELEFONES: FIXO: _____ CELULAR: _____

O ALUNO ESTUDA NA REDE SESI DE ENSINO: SIM () NÃO ()

POSSUÍ PLANO DE SAÚDE: SIM () NÃO () QUAL: _____

HOSPITAL DE PREFERÊNCIA: _____

FASE: MULTI - 6 A 8 ANOS () INICIAÇÃO PRÉ DESPORTIVA - 9 E 10 ANOS ()

ESPORTE 1 – 11 E 12 ANOS () ESPORTE 2 – 13 E 14 ANOS ()

ESPORTE 3 – 15 A 17 ANOS ()

MODALIDADE: _____ TURMA: _____

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

Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física

Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar o 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.

Anamnese

Histórico Pessoal

Você tem alergia?

Sim () 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 () Qual _____ não ()

Realizou alguma Cirurgia nos últimos 12 meses?

Sim () Qual _____ não ()

Teve ou tem algum dos problemas abaixo, diagnosticado ou tratado por um médico.

Não () Sim () Qual:

- () Diabetes () Problema ocular () Hipertensão () Asma
() Problema Neurológico () Obesidade () Refluxo () Anemia
() Doença Respiratória () outros(as) _____

Existe algum tipo de dor ou desconforto articular.

Não () Sim () Em qual articulação:

- () Joelho () Quadril () Ombro () Coluna
() Outras _____

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

O **SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA – SESI, Departamento Regional de São Paulo**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Cidade de São Paulo, Estado de SP, na Avenida Paulista, nº1313, 3º andar, Bairro Bela Vista, CEP 01311-923, inscrita no CNPJ/MF sob nº 03.779.133/0001-04, aqui denominado como **CONTROLADOR**, considerando as obrigações impostas pela nova Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – “LGPD” (Lei n. 13.709/2018), vem, por meio desta, comunicar as regras de privacidade e proteção de dados que devem ser observadas por seus no compartilhamento de dados, em todas as suas relações para realização do curso acima descrito e/ou atendimento para utilização do Centro de Qualidade de Vida - CQV.

1. Ao assinar o presente termo, o Titular consente e concorda, por livre e espontânea vontade, que o CONTROLADOR, tome decisões referentes ao tratamento de seus dados pessoais e dos seus dependentes, bem como realize o tratamento de seus dados pessoais, envolvendo operações como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.
2. O Titular autoriza o Controlador a realizar o tratamento dos seguintes dados pessoais e sensíveis, para os fins que serão relacionados nas cláusulas seguintes:
Nome completo; Nome social; Data de nascimento; Número da Carteira de Identidade (RG); Número de Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); Sexo; Nacionalidade; Naturalidade; Estado Civil; CTPS física e/ou digital; Fotografia 3x4 e/ou imagem; Endereço completo; Números de telefone, WhatsApp e endereços de e-mail; Comunicação, verbal e escrita, mantida entre o Titular e o Controlador; Nível de Escolaridade; Deficiências e necessidades especiais; Questionário sobre a qualidade de vida e sobre a sua satisfação (se o caso); Questionário sobre

- a saúde e questões socioeconômicas e ficha de anamnese (se o caso); Dados bancários (apenas em necessidades de devoluções);
3. O Titular autoriza que o Controlador utilize os dados pessoais e dados pessoais sensíveis listados neste termo e dos constantes no formulário para realização da matrícula que faz parte do presente, para as seguintes finalidades além das previstas no art. 7ª da Lei 13.709/2018:
 - a. Permitir que a Controladora identifique e entre em contato com o titular;
 - b. Para cumprimento de obrigações decorrentes da legislação e aquelas impostas por órgãos de fiscalização, principalmente as que está inserido o SESI (TCU/CGU);
 - c. Possibilitar que o Controlador acione o Titular para tratar de todas as OBRIGAÇÕES relacionadas à prestação de serviços entabulado entre as partes.
 - d. Serviços de mídias sociais e mídias espontâneas.
 4. O Controlador fica autorizado a compartilhar os dados pessoais do Titular e de seus dependentes com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste termo, respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei nº 13.709 com as seguintes finalidades:
 - a. Entre as unidades do SESI-SP e empresas relacionadas - SESI – Departamento Nacional; SENAI; FIESP;
 - b. Parceiros comerciais que estão relacionadas as atividades da Contratada;
 - c. Poderá compartilhar suas informações pessoais e dos dependentes com os parceiros comerciais do Controlador que estão relacionadas as atividades do Controlador para oferecer, fornecer, entregar, analisar, administrar, melhorar e personalizar produtos ou serviços;
 - d. Permitir que a Controladora forneça e compartilhe dados com sua Empresa Empregadora, bem como dados financeiros e de cobrança (no caso de a empresa ser a contratante);
 5. À Controladora, é permitido manter e utilizar os dados pessoais do Titular durante todo o período contratualmente firmado para as finalidades relacionadas nesse termo e após o término da contratação para cumprimento de obrigação legal ou impostas por órgãos de fiscalização, nos termos dos artigos 7º e 16 da Lei nº 13.709/2018, em especial às ligadas a Educação e órgãos correlatos e regulatórias em que o SESI/SP está inserido (MEC/Secretarias de Educação /TCU/CGU);
 - 5.1 O titular fica ciente de que a Controladora deverá permanecer com os seus dados pelo período mínimo de guarda de documentos, exigidos pelos Órgãos de Ensino e da Saúde, mesmo após a conclusão ou rompimento do curso ou serviço contratado;
 6. Caso seja necessário o compartilhamento de dados com terceiros que não tenham sido relacionados nesse termo ou qualquer alteração contratual posterior, será ajustado novo termo de consentimento para este fim (§ 6º do artigo 8º e §2º do artigo 9º da Lei nº 13.709/2018).
 7. Em caso de alteração na finalidade, que esteja em desacordo com o consentimento original, a Controladora deverá comunicar o Titular, que poderá revogar o consentimento, observando-se a cláusula quinta;
 8. O Titular poderá revogar seu consentimento, a qualquer tempo por carta escrita em uma unidade SESI-SP, conforme o artigo 8º, §5º, da Lei nº 13.709/2020, podendo, também, utilizar os seguintes canais:

Central de Relacionamento com o Cliente:

(11) 3322-0050 (Capital, Grande São Paulo e Outros Estados) // 0800-055-1000 (Interior de SP)

Horário de atendimento: segunda a sexta, das 08h às 20h, e sábado, das 08h às 14h

Site <https://www.sesisp.org.br/fale-conosco>;

Horário de funcionamento: segunda a sexta (exceto feriados), das 08h às 17h

Portal MEU SESI (<https://acesso.sesisp.org.br/Account/Login>), o usuário poderá excluir seu cadastro no ambiente de usuário da aplicação, no menu “Meus dados > Excluir cadastro”

9. O Titular quanto aos seus dados pessoais e de seus dependentes tem direito a obter do Controlador, confirmação de existência; acesso; correção; anonimização; bloqueio; eliminação e demais previstos no art. 18 da Lei 13.709/18, a qualquer momento e mediante requisição, pelos canais acima informados.
10. As partes poderão entrar em acordo, quanto aos eventuais danos causados, caso exista o vazamento de dados pessoais ou acessos não autorizados, e caso não haja acordo, a Controladora tem ciência que estará sujeita às penalidades previstas no artigo 52 da Lei nº 13.709/2018.
11. Declaro conhecer e concordar com as disposições do Regimento do SESI, Termos de Uso e Política de Privacidade, Política de Segurança da Informação e Privacidade e Política de Propriedade Intelectual, disponíveis no endereço: <https://www.sesisp.org.br/politica-de-privacidade>

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

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, e/ou interpretação, execução, quando responsável e aluno à participação em atividades do Programa SESI-SP Atleta do Futuro 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, irreatável, 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.

.....
_____/SP, ____ de _____ de _____.

(Assinatura do Responsável Legal idêntica ao documento com foto)

Nome:

RG nº:

CPF nº:

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: _____



QUESTIONÁRIO DE SAÚDE FÍSICA

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ Contato de Emergência: () _____

ANAMNESE

Já fez alguma cirurgia? SIM NÃO

Se sim, qual? _____

Toma algum remédio? SIM NÃO

Se sim, qual? _____

Possui algum tipo de alergia? SIM NÃO

Se sim, qual? _____

Possui alguma Doença Crônica? SIM NÃO

Se sim, qual? _____

Sofreu alguma lesão nos últimos 12 meses? SIM NÃO

Se sim, qual? _____

Possui algum tipo de dor ou desconforto? SIM NÃO

Se sim, qual? _____

Você pratica alguma atividade física? SIM NÃO

Se sim, qual? _____

Qual seu objetivo com relação à atividade física?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HIPERTROFIA | <input type="checkbox"/> CONDICIONAMENTO FÍSICO |
| <input type="checkbox"/> EMAGRECIMENTO | <input type="checkbox"/> TERAPÊUTICO |
| <input type="checkbox"/> ESTÉTICA | <input type="checkbox"/> LAZER |

Qual será sua frequência semanal?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1X POR SEM. | <input type="checkbox"/> 2X POR SEM. | <input type="checkbox"/> 3X POR SEM. |
| <input type="checkbox"/> 4X POR SEM. | <input type="checkbox"/> 5X POR SEM. | <input type="checkbox"/> 6X POR SEM. |

Observações: _____

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".

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

Você sente dores no peito quando pratica atividade física? SIM NÃO

No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física? SIM NÃO

Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ou perda de consciência? SIM NÃO

Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física? SIM NÃO

Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração? SIM NÃO

Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física? SIM NÃO

Nome Completo

Nome do Responsável
(se menor de 18 anos)

Data: ____/____/____ 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 Completo: _____

Nome do Responsável (se menor de 18 anos): _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____