

## RESOLUÇÃO CEFD 01/2017

Estabelece normas de controle de aptidão física para a prática de atividades dos projetos de extensão no âmbito do CEFD.

O CONSELHO DEPARTAMENTAL DO CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS, no uso de suas atribuições legais e estatutárias, considerando a aprovação na plenária da reunião ordinária realizada no dia 30 de agosto de 2017,

### RESOLVE:

Art. 1º A matrícula e a participação nos projetos de extensão que envolvam atividade física está condicionada a apresentação pelos interessados ou seus responsáveis legais de atestado médico de condições de saúde física ou do Termo de Declaração e Responsabilidade para a Prática de Atividade Física, constante do Anexo I emitida pelo próprio usuário ou seu responsável legal;

§ 1º O interessado que optar pela apresentação do Termo de Declaração e Responsabilidade para a Prática de Atividade Física fica obrigado a responder o Questionário de Aptidão para Atividade Física, constante do Anexo II, parte integrante desta Resolução.

§ 2º A apresentação do Questionário de Aptidão para Atividade Física, do atestado médico e do Termo de Declaração e Responsabilidade para a Prática de Atividade Física deve ser realizada anualmente.

Art. 2º Dos interessados que responderem positivamente a qualquer das perguntas do Questionário de Aptidão para Atividade Física será exigida a assinatura do Termo de Declaração e Responsabilidade para a Prática de Atividade Física, constante do Anexo II, parte integrante desta Resolução.

§ 1º No atestado médico deverá constar a assinatura e o carimbo do médico, no qual devem estar mencionados o nome e o número do Conselho Regional de Medicina (CRM).

Art. 3º A efetivação da matrícula ficará condicionada à apresentação do atestado médico que autoriza a prática da modalidade específica ou do Termo de Declaração e Responsabilidade para a Prática de Atividade Física emitida pelo próprio usuário ou seu responsável legal.

§ 1º o atestado médico que autoriza a prática da modalidade específica ou Termo de Declaração e Responsabilidade para a Prática de Atividade Física e o Questionário de Aptidão para Atividade Física ficarão arquivados na Secretaria da Extensão do CEFD.

Art. 4º No ato da inscrição os menores de idade deverão ser representados por seus pais ou responsáveis.

Art. 5º As pessoas já inscritas nas atividades de extensão do CEFD na data da aprovação desta resolução terão 30 dias para o preenchimento do Termo de Declaração e Responsabilidade para a Prática de Atividade Física e do Questionário de Aptidão para Atividade Física e 60 dias para a apresentação do atestado médico.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho Departamental do CEFD.

## A N E X O I

### TERMO DE DECLARAÇÃO E RESPONSABILIDADE PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do Documento de Identificação n.º \_\_\_\_\_, emitido em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ por \_\_\_\_\_, DECLARO:

Estar apto a realizar atividades físicas, e que não sou portador de qualquer doença física ou mental, lesão, restrição ou limitação que constitua contra-indicação aos exercícios físicos que me forem propostos.

RECONHEÇO, assim, ter perfeito conhecimento **(i)** que o aconselhamento para a prática dos exercícios não pressupõe qualquer avaliação sobre as limitações, restrições ou contra-indicações decorrentes do meu estado de saúde, **(ii)** que me foi transmitido ser sempre aconselhável a realização de exames médicos regulares de forma a aferir a minha condição física de acordo com a atividade praticada e **(iii)** que fui informado sobre a natureza dos exercícios, o seu propósito e os eventuais riscos inerentes à sua prática.

DECLARO, ainda, que me obrigo a observar estrita e exclusivamente as orientações dos responsáveis para a prática das atividades físicas, isentando os mesmos da responsabilidade por danos de qualquer natureza resultantes da inobservância destas orientações, pelo acatamento da orientação de estranhos ou ainda pelo uso inadequado dos aparelhos, equipamentos, materiais e/ou produtos disponibilizados ou recomendados.

Data: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO II

### QUESTIONÁRIO DE APTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um Médico antes do início da atividade de extensão. 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 e ou falta de ar 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 a 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

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 acima.

Assumo plena responsabilidade, sob as penas da lei, por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

Data: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_