

**CORRIDA INFANTIL/INFANTO JUVENIL**

 **Etapa Castanhal 2019**

**Nome Completo:** **......................................................................................................................**

**Data de Nasc. : / / ACADEMIA OU ESCOLA:....................................**

**Endereço:............................................................................................................**

**Cidade: ............................. UF: ....................... CEP:....................**

**Telefone: Com.:.................... Res. : ........................ Cel.: ..................**

**RG: ..................................................... CPF:................................................**

**Carteira do Sesc .......................................... Data de validade: ....../......./...........**

**Bairro: ........................................... E-mail: ..............................................**

**Assinale apenas uma categoria**

**INFANTIL/INFANTO-JUVENIL**

**( ) Dependente de trabalhador do comércio**

**( ) Público em geral**

( ) 04,05 e 06 anos ( ) 07 e 08 anos ( ) 09 e 10 anos ( ) 11 e 12 anos

( ) 13 e 14 anos ( ) 15 a 17 anos

**FICHA CLÍNICA**

1. Faz uso de algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não. QuaL? ............................................
2. É alérgico a algum medicamento? ( )Sim ( ) Não. Qual? ..........................................
3. É diabético? Em caso afirmativo, usa insulina? ..........................................................
4. É hipertenso ou tem antecedentes de cardiopatia ou coronariopatia?..........................
5. Sofreu algum (ns) traumatismo (s) grave nos últimos dois anos? Caso afirmativo, onde? ...............................................................................................................................
6. Foi proibido de fazer exercícios, por médico, nos últimos dois anos, temporariamente? Especifique as causas?..............................................................................................

7. Você deseja que a equipe médica seja avisada de algum problema de saúde específico?

 ( ) Sim ( ) Não. Qual? ...........................................................................................

8. Tipo sanguíneo/ Fator RH: .......................................................................................

9. Você possui plano de saúde? ( ) Sim ( ) Não. Qual? .................................................

10. Contato (nome e telefone) em caso de acidente: .....................................................

**DECLARO QUE PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS, QUE ME ENCONTRO EM PERFEITAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, ESTANDO DEVIDAMENTE PREPARADO (A) PARA DISPUTA DA PROVA EM QUESTÃO. FICANDO A ORGANIZAÇÃO, PARCEIROS OU QUAISQUER OUTROS ENVOLVIDOS, ISENTOS DE CULPA POR POSSÍVEIS OCORRÊNCIAS.**

**DECLARO AINDA QUE CONHEÇO E CONCORDO COM O REGULAMENTO APRESENTADO E AUTORIZO A UTILIZAÇÃO DE MINHA IMAGEM POR MEIO DE FOTOGRAFIAS, FILMES E VÍDEOS OU QUALQUER OUTRO TIPO DE REGISTRO PARA A DIVULGAÇÃO DO EVENTO**.

**Local: Data: / /**

**Assinatura do ATLETA OU Responsável (menor de idade)**