

## QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA (PAR-Q)

### SELETIVA DE FUTEBOL CATEGORIA SUB-17

#### 1. Dados do Atleta

- Nome Completo:  
\_\_\_\_\_
- Data de Nascimento: // \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_
- RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

#### 2. Dados do Responsável Legal

- Nome do Responsável:  
\_\_\_\_\_
- Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone (WhatsApp): (\_\_\_\_)  
\_\_\_\_\_

---

#### 3. Avaliação de Saúde (Marque com um X)

Pergunta	SIM	NÃO
1. Algum médico já disse que o jovem possui algum problema de coração e recomendou que só fizesse atividade física sob supervisão?	[ ]	[ ]
2. O jovem sente dores no peito quando pratica atividades físicas?	[ ]	[ ]
3. No último mês, o jovem sentiu dores no peito quando praticava atividades físicas?	[ ]	[ ]
4. O jovem apresenta desequilíbrio devido a tonturas ou perda de consciência (desmaios)?	[ ]	[ ]
5. O jovem possui algum problema ósseo ou articular que pode ser piorado pela atividade física?	[ ]	[ ]

Pergunta	SIM	NÃO
6. Algum médico já prescreveu medicamentos para pressão arterial ou problemas de coração?	[ ]	[ ]
7. O jovem possui algum histórico de asma ou problemas respiratórios graves?	[ ]	[ ]
8. Existe alguma razão médica não citada aqui para que o jovem não participe desta seletiva?	[ ]	[ ]

#### 4. Termo de Responsabilidade e Autorização

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento acima citado, autorizo a participação do menor sob minha responsabilidade na seletiva de futebol.

Declaro que as respostas acima são verdadeiras e que o atleta goza de boa saúde física e mental. Estou ciente de que o futebol é um esporte de contato e de alta intensidade, assumindo total responsabilidade por quaisquer incidentes decorrentes de condições de saúde omitidas neste formulário.

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.