|  |
| --- |
| DATA \_\_\_/\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ |

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**BIKE NIGHT**

**DADOS CADASTRAIS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome completo: | | | | |
| Sexo: | Idade: | Ocupação: | | |
| E-mail: | | | | Telefone: |
| Endereço: | | | | |
| Em caso de emergência, avisar: | | | Telefone: | |

**AVALIAÇÃO FÍSICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Peso: | | Estatura: | | |
| IMC: | | Pressão Arterial: | | |
| Pratica Atividade Física: | ( ) Sim ( ) Não | |  |  |
| Quais e há quanto tempo: | | | | |
| Sente algumas dessas sensações quando pratica atividade física : | | | | |
| ( ) Tontura ( ) Enjoo ( ) Mal Estar ( ) Outros: | | | | |
| Sente dores na coluna, articulações ou dores musculares? Especifique: | | | | |
| Possui algum problema ortopédico diagnosticado:  ( )Sim ( ) Não / Qual: | | | | |
| Tem alguma recomendação ou restrição médica para prática de atividade física?  ( ) Sim ( ) Não / Qual: | | | | |

**HISTÓRICO DE SAÚDE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Possui alguma patologia ou comorbidade: ( ) Sim ( ) Não / Especifique: | | |
| Acompanhamento Médico: | | |
| Utiliza alguma medicação: | | |
| Realizou algum procedimento cirúrgico recentemente: ( ) Sim ( ) Não | Qual: | Quando: |

Declaro para os devidos fins que, conheço e estou de acordo com o Regulamento do Passeio Ciclístico Bike Night Unimed, e que isento os organizadores, os colaboradores, da Unimed Sobral bem como qualquer pessoa física ou jurídica ligada à realização do referido evento, de quaisquer responsabilidades por acidentes, furtos, roubos ou danos de qualquer natureza, e suas consequências, causadas a mim ou a meus dependentes como participantes. Atesto estar em pleno gozo de saúde e em condições físicas e técnicas para participar do evento. Concedo aos organizadores do evento, conjunta ou separadamente, o direito de usar meu nome, voz, imagem, material biográfico, declarações, entrevistas e endossos dados por mim ou a mim atribuíveis, sem ônus para os organizadores, podendo tal direito ser exercido diretamente pelos organizadores ou por qualquer de suas contratadas, bem como cedido a terceiros, renunciando, desde já, a qualquer remuneração.

Sobral, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do participante ou responsável Assinatura do Profissional Responsável