|  |
| --- |
| 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