

Nome: _____ Tel.: _____ Profissão: _____ Idade _____

Em caso de emergência, avisar: _____ Tel.: _____ Possui plano de saúde? () Sim () Não

1. Qual o seu objetivo na () natação e/ou () hidroginástica?
2. Pratica mais algum tipo de atividade física e/ou esporte? () Não () Sim, qual(is)?
3. Já praticou () natação e/ou () hidroginástica? () Não () Sim, por quanto tempo?
4. Já se afogou alguma vez? () Não () Sim, em que local/ sequelas?
5. Tem algum tipo de problema cardíaco? () Não () Sim, qual(is)?
6. Possui algum tipo de alergia respiratória? () Não () Sim, qual(is)?
7. Sofre de algum problema nos () olhos () ouvidos () na coluna vertebral? () Não () Sim
8. Foi submetido a alguma cirurgia? () Não () Sim, qual(is)?
9. Costuma usar algum tipo de medicamento? () Não () Sim, qual e para quê?
10. Já teve Covid-19? () Não () Sim, há quanto tempo?
11. Como você classifica seu estado de saúde atual?
() muito ruim () ruim () regular () bom () muito bom () excelente

Observações importantes:

Data ____/____/____ Assinatura do aluno _____ Professor _____