Este questionário tem o objetivo de analisar importantes parâmetros relacionados à sua saúde e o nível de atividade física durante o período da pandemia de COVID19, além de traçar estratégias seguras de retorno às atividades esportivas no âmbito do Centro de Treinamento Jaime Navarro de Carvalho. As respostas são confidenciais e serão analisadas exclusivamente pela Comissão de controle e monitoramento das atividades de treinamento e competições da SECRETARIA DE ESTADO DE ESPORTES E LAZER – SESPORT. Você é responsável pela veracidade das informações. Entregar Foto ¾ atualizada e Cópia de Documento oficial com foto.

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ATIVIDADES ESPORTIVAS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome completo:** | | | | | **Sexo:** |
| **Técnico ou Atleta:** | | | | | |
| **RG:** | **CPF:** | | **Data de nascimento:** | | |
| **Endereço:** | | | | | |
| **Complemento:** | | **Bairro:** | | **Cidade:** | |
| **CEP:** | | **E-mail:** | | | |
| **Celular:** | | **Celular de emergência: Contato:** | | | |
| **E-mail do contato:** | | | | | |
| **Formação escolar:** | | **Profissão:** | | | |
| **Você trabalha: Aonde:** | | | | | |
| **Modalidade esportiva:** | | **Federação:** | | | |
| **Categoria da modalidade:** | | **Bolsa Atleta** | | | |
| **Há quanto tempo treina?** | | **Quanto tempo na modalidade atual?** | | | |
| **Técnico esportivo:** | | **CREF do Técnico:** | | | |
| **Atividades no CT: Academia**  **Horário:** | | **Atividades no CT: Treino desportivo**  **Horário: Entrada: Saída:** | | | |
| **Identificação de médico:** | | **Identificação de assistência de saúde:** | | | |
| **Profissionais de saúde que o acompanham:** | | **Identificação dos profissionais:** | | | |
| **Você mora com sua família?** | | **Quantas pessoas na sua casa?** | | | |
| **Mora em casa, aptº ou condomínio?** | | **No seu bairro tem unidade de saúde?** | | | |
| **Sua residência tem saneamento básico?** | | **A rua da sua casa é asfaltada, calçada ou de terra?** | | | |
| **Como você se desloca até o Centro de Treinamento? Tipo?** | | | | | |
| **Você vai usar o estacionamento? Veiculo? Cor? Placa?** | | | | | |
| **Durante o período de confinamento pela COVID19 você fez prática de atividade física?** | | | | | |