

NOME:

ENDEREÇO:

VÍNCULO COM A UFABC:

RA/SIAPE/RG:

DATA DE NASCIMENTO:

TELEFONE:

PESO:

ALTURA:

ALERGIAS CONHECIDAS:

TIPO SANGUÍNEO:

EM CASO DE URGÊNCIA FALAR COM:

1. Quais são seus objetivos nesta modalidade?

---

---

---

2. Você tem interesse em alguma modalidade que o setor de esportes não oferece?

---

---

---

3. Pratica alguma outra atividade física além desta? Qual?

---

---

---

4. Semanalmente, quantas horas você dedica à atividade física?

---

---

---

5. Você tem algum problema de saúde? Qual?

---

---

---

6. Você costuma fazer check-up com qual periodicidade?

---

---

---

7. Faz uso de algum medicamento? Quais?

---

---

---

8. Você toma alguns cuidados com sua alimentação? Quais?

---

---

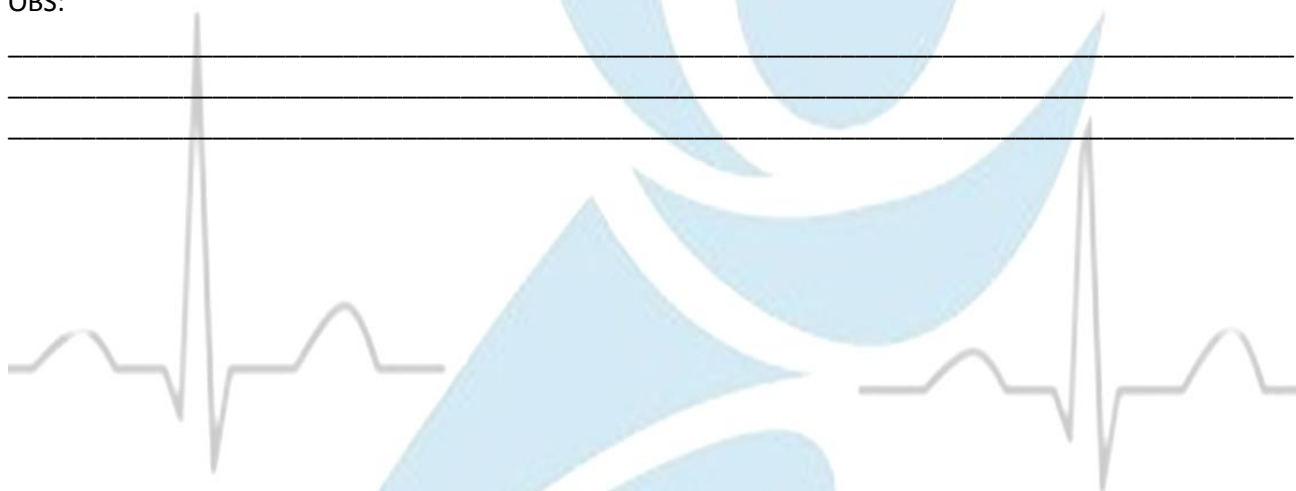
---

OBS:

---

---

---



DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_