

Matrícula: _____

FICHA DE INSCRIÇÃO DEPARTAMENTO DE ESPORTES

CLUBE COMERCIAL PASSO FUNDO

Serviço: _____ Data matrícula: ____/____/____

NOME: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

DN: ____/____/____ IDADE: _____ RG: _____ CPF: _____

PAI: _____

MÃE: _____

ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____

TEL. RESID.: _____ CELULAR: _____

E-mail: _____

DADOS DOS RESPONSÁVEIS

Nome: _____ Parentesco: _____

CPF: _____ RG: _____ Telefone: () _____

E-mail: _____

Nome: _____ Parentesco: _____

CPF: _____ RG: _____ Telefone: () _____

E-mail: _____

ESCOLAR Marque com (X) Série que está:

Pré Escola () - 1ª () 2ª () 3ª () 4ª () 5ª () 6ª () 7ª () 8ª () - 1ºSG () 2ºSG () 3ºSG ()

Colégio: _____ Turno: Manhã () / Tarde () / Noite ()

Tem problema de Saúde: SIM () NÃO () se for SIM, descrever abaixo

OBS: _____

Altura: _____ Peso: _____

Toma algum remédio regularmente? () Sim () Não

Se sim, quais? _____

Tem alergia? () Sim () Não

A quê? _____

Restrição a algum medicamento? _____

Tipo Sanguíneo? _____ Fator RH: _____

Possui plano de saúde? () Sim () Não Qual? _____

Declaro(mos), sob as penas da Lei, que são verdadeiras e completas as informações prestadas neste documento.

ASSINATURA DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS

ASSINATURA DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____ CPF nº _____, Identidade nº _____, responsável pelo menor (nome) _____, inscrito sob CPF nº _____, assumindo, nesta oportunidade as cláusulas abaixo:

- 01) Eximir o Clube Comercial de eventuais acidentes de qualquer natureza.
- 02) Declaro que estou apto a prática do esporte, me responsabilizando por qualquer incidente que possa ocorrer;
- 03) Informar a Secretaria de Esportes e/ou professores do clube eventuais PROBLEMAS DE SAÚDE que eu possa a vir sofrer;
- 04) A frequência do aluno nas aulas será controlada pela chamada. É cargo do aluno zelar pela frequência. **Em caso de 4 faltas no mês o aluno perde automaticamente o direito a vaga na turma sem necessidade do Clube informar ao aluno. A mensalidade referente ao serviço será cancelada no mês subsequente às faltas.**
- 05) **No ato da inscrição o aluno deverá pagar a mensalidade do mês vigente, via PIX ou cartão. Sendo que as mensalidades dos próximos meses serão via debito em conta (pagamento dia 10 de cada mês) ou boleto (pagamento dia 07 de cada mês) ou diretamente na secretaria do clube.**
- 06) **As inscrições durante o mês serão da seguinte forma: Inscrição do dia 01 ao dia 15 será cobrado o valor integral da mensalidade, do dia 16 ao dia 31 será cobrado 50% do valor da mensalidade.**
- 07) **É obrigação do associado solicitar o cancelamento quando desejar interromper as atividades, sendo que os valores pagos não serão devolvidos, mesmo que não tenha frequentado a atividade, ficando a vaga disponível até final do mês. A solicitação do cancelamento do serviço podera ser efetuada a qualquer momento.**
- 08) Em caso de atraso no pagamento da mensalidade por mais de 20 dias, o aluno perderá a vaga na turma;
- 09) Caso o aluno solicite trocar de turma, o mesmo deve se dirigir até a secretaria para verificar a disponibilidade de vagas na turma solicitada. Caso a turma esteja lotada, o aluno entrara na lista de espera, respeitando a ordem.
- 10) O aluno deverá comparecer com seu material para a prática esportiva.
- 10) Poderá o clube, encerrar turmas, quando julgar necessário.
- 11) Os casos omissos serão resolvidos pelo Departamento de Esportes

Nestes termos declaro estar cientes das regras acima citadas, assino a presente termo concordando com as clausulas e informo que estou em plenas condições de saúde para prática de esporte, e me responsabilizo por todo e qualquer acidente de qualquer natureza que aconteça dentro do clube.

OBS: A INSCRIÇÃO SÓ TERÁ VALIDADE MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DESTA FICHA PREENCHIDA E ASSINADA PELO RESPONSÁVEL.

Passo Fundo, _____ de _____ de 202__

ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS PAI OU MÃE (Outro – especificar)

PAR Q[®]

Physical Activity Readiness Questionnaire

Este questionário tem objetivo de identificar a necessidade de avaliação clínica antes do início da atividade física. Caso você marque mais de um sim, é aconselhável a realização da avaliação clínica. Contudo, qualquer pessoa pode participar de uma atividade física de esforço moderado, respeitando as restrições médicas.

Por favor, assinale “sim” ou “não” as seguintes perguntas:

- 1) Alguma vez seu médico disse que você possui algum problema de coração e recomendou que você só praticasse atividade física sob prescrição médica?
() sim () não
- 2) Você sente dor no peito causada pela prática de atividade física?
() sim () não
- 3) Você sentiu dor no peito no último mês?
() sim () não
- 4) Você tende a perder a consciência ou cair como resultado do treinamento?
() sim () não
- 5) Você tem algum problema ósseo ou muscular que poderia ser agravado com a prática de atividades físicas?
() sim () não
- 6) Seu médico já recomendou o uso de medicamentos para controle de sua pressão arterial ou condição cardiovascular?
() sim () não
- 7) Você tem consciência, através de sua própria experiência e/ou de aconselhamento médico, de alguma outra razão física que impeça a realização de atividades físicas?
() sim () não

Gostaria de comentar algum outro problema de saúde seja de ordem física ou psicológica que impeça sua participação na atividade proposta?

Declaração de Responsabilidade

Estou ciente das propostas do Clube Comercial, no serviço / atividade:

Assumo a veracidade das informações prestadas no questionário “PAR Q” e afirmo que o menor está liberado pelo médico para participação na atividade citada acima.

Nome do aluno: _____

Nome do responsável: _____

Passo Fundo, _____ de _____ de 202 ____.



Matrícula: _____

Assinatura do responsável

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM DE MENOR DE IDADE

(Aluno) _____, C P F n º _____, menor de idade,
neste ato devidamente representado por seu (sua) (responsável legal),
_____, nacionalidade _____, estado civil
_____, portador da Cédula de identidade RG nº. _____, inscrito no CPF/MF
sob nº _____ residente à Av/Rua _____
, Nº _____, cidade de _____ /RS. AUTORIZA o uso da imagem do menor acima
qualificado em todo e qualquer material entre fotos e documentos, para ser utilizada em campanhas
promocionais e institucional do Clube Comercial, sejam essas destinadas à divulgação ao público em
geral. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima
mencionada em todo território nacional e no exterior, das seguintes formas: out-door; folhetos em geral
(encartes, mala direta, catálogo, etc.); folder de apresentação; anúncios em revistas e jornais em geral;
home page, facebook, Instagram, whatsapp; cartazes; back-light; mídia eletrônica (painéis, vídeos,
televisão, cinema, programa para rádio, entre outros). Por esta ser a expressão da minha vontade declaro
que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à
imagem do menor acima qualificado ou a qualquer outro, e assino a presente autorização.

Passo Fundo, ____ de _____ de _____.

(Assinatura)

Nome do aluno: _____

Por seu Responsável Legal: _____

Telefone p/ contato: _____