

ANEXO II

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Eu, _____, portador do RG nº _____ SSP-_____, CPF nº _____, DECLARO estar CIENTE de que é recomendável consultar um profissional de saúde antes de aumentar meu nível atual de atividade física, por ter respondido “SIM” a uma ou mais perguntas do Questionário de Prontoidão para Atividade Física para Todos – PAR-Q+.

Assumo plena e total responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

Brasília-DF, _____ de _____ de 20____.

Assinatura