

# QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PESSOAL PARA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE NO PARQUE

NACIONAL DO ITATIAIA, no(s) dia(s) \_\_\_\_\_, ao(s) atrativo(s) \_\_\_\_\_

NOME:

Idade:

CPF:

RG:

EMAIL:

CIDADE:

ESTADO:

TELS ( )

CEL ( )

TIPO SANGUÍNEO:

FATOR RH:

EM CASO DE EMERGÊNCIA AVISAR:

TELEFONES ( )

## HISTÓRICO

É diabético? ( ) sim ( ) não Possui restrições cardíacas? ( ) sim ( ) não

Hipertenso? ( ) sim ( ) não Hipotenso? ( ) sim ( ) não

Faz uso de medicação? ( ) sim ( ) não Qual?

Tem alergia a algum medicamento? ( ) sim ( ) não Qual?

Possui algum tipo de alergia? ( ) sim ( ) não Qual?

Pratica alguma atividade física? ( ) sim ( ) não Qual?

Com que frequência?

Fuma? ( ) sim ( ) não

Está grávida? ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

Já praticou atividades de montanhismo? ( ) sim ( ) não Qual atividade?

Onde?

Quando?

Existe algo relevante para a atividade a ser realizada que você gostaria de relatar?

AS DECLARAÇÕES ACIMA SÃO EXPRESSÃO DA VERDADE, NÃO CABENDO AO CONDUTOR NENHUMA RESPONSABILIDADE POR FATOS OMITIDOS OU FALSOS.

, de

de

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante