

Tem hipertensão arterial?	NÃO <input type="radio"/>	SIM <input type="radio"/>
Tem hipotensão arterial?	NÃO <input type="radio"/>	SIM <input type="radio"/>
É diabético(a)??	NÃO <input type="radio"/>	SIM <input type="radio"/>
Sofre de epilepsia?	NÃO <input type="radio"/>	SIM <input type="radio"/>
Toma alguma medicação regularmente?	NÃO <input type="radio"/>	SIM <input type="radio"/>
Sofre de depressão ou ansiedade?	NÃO <input type="radio"/>	SIM <input type="radio"/>
Sofre de insuficiência respiratória?	NÃO <input type="radio"/>	SIM <input type="radio"/>
Sofre de doença pulmonar?	NÃO <input type="radio"/>	SIM <input type="radio"/>
Tem asma?	NÃO <input type="radio"/>	SIM <input type="radio"/>
Tem rinite?	NÃO <input type="radio"/>	SIM <input type="radio"/>
Tem antecedentes de enfarte na sua família?	NÃO <input type="radio"/>	SIM <input type="radio"/>
Tem alguma doença de coração	NÃO <input type="radio"/>	SIM <input type="radio"/>
Tem derrames ou varizes?	NÃO <input type="radio"/>	SIM <input type="radio"/>
Tem alguma doença recente, hospitalização ou cirurgia?	NÃO <input type="radio"/>	SIM <input type="radio"/>
Faz alguma dieta específica?	NÃO <input type="radio"/>	SIM <input type="radio"/>
Apresenta alguma restrição médica para prática de exercício físico	NÃO <input type="radio"/>	SIM <input type="radio"/>
É fumador(a)?	NÃO <input type="radio"/>	SIM <input type="radio"/>

Especifique:

Caso apresente alguma situação não mencionado neste folheto, fale com um instrutor.

QUAIS OS SEUS PRINCIPAIS OBJECTIVOS?

- Condicionamento físico geral
- Modulação corporal
- Diminuição do percentual de massa gorda
- Treino de força
- Fins terapêuticos
- Actividade complementar
- Relaxamento, flexibilidade e equilíbrio corpo/mente
- Outros

OBSERVAÇÕES:

Responsabilizo-me pela veracidade dos dados fornecidos:

Data _____ / _____ / _____

Assinatura
