

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 especifica	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?

Defesa Pessoal

Condicionamento físico geral

Defesa Pessoal Policial

Treino de força

Outros:

OBSERVAÇÕES:

Responsabilizo-me pela veracidade dos dados fornecidos:

Data _____ / _____ / _____

Assinatura
