

**Faculdade de Ciências Sociais e Humanas & Artes  
Licenciatura em Educação Física e Desporto  
PROVAS DE APTIDÃO FUNCIONAL (ANEXO I)**

Nome \_\_\_\_\_

Sexo M  F  Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Bilhete de Identidade ou Passaporte nº \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

1. DECLARAÇÕES PESSOAIS (responda às seguintes questões).

A preencher pelo candidato. **(assinale com X)**

	Sim	Não	Ano
1. Esteve hospitalizado ?			
2. Houve traumatismos cranianos?			
3. Perdas de consciência?			
4. Epilepsia?			
5. Doenças mentais?			
6. Hábitos alcoólicos?			
7. Consome narcóticos ou estimulantes?			
8. Dores de ouvidos, sinusite?			
9. Doenças pulmonares, Tuberculose, Asma brônquica, Pneumotorax?			
10. Doenças do coração (dores no peito, enfarte do miocárdio, arritmias)?			
11. Doenças no aparelho digestivo?			
12. Doenças renais (infecção renal)?			
13. Problemas de coluna (lumbago, ciática, fractura)?			
14. Diabetes?			
15. Toma algum medicamento regularmente? Qual?			
16. Traumatismos?			
17. Existe alguma doença que não foi acima mencionada? Qual?			
18. Já fez um exame médico desportivo?			
19. Resultado do exame médico anterior			

Confirmo as declarações por mim efectuadas como sendo verdadeiras

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura (legível) \_\_\_\_\_

## 2. EXAME BIOMÉTRICO

1. Peso .....	_____ Kg
2. Estatura.....	_____ Cm

## 3. ANTECEDENTES DESPORTIVOS

	Sim	Não
1. Nunca fez desporto?.....	.....	.....
2. Faz desporto regularmente?.....	.....	.....
3. Quantos treinos semanais?.....	.....	.....
4. Quantas horas de treino?.....	.....	.....
5. Vai retornar à actividade física? .....	.....	.....

## 4. ANTECEDENTES PESSOAIS

	Sim	Não
1. Difteria		
2. Febre reumática		
3. Febre tifóide		
4. Hepatite		
5. Úlcera Péptica		
6. Meningite		
7. Paludismo		
8. Asma brônquica		
9. Epilepsia		
10. Diabetes		
11. Cardiopatias		
12. Traumatismos cranianos ou fracturas ósseas		
13. Perdas de consciência		
14. Operações		
15. Vacinas actualizadas		
16. Outros		

## 5. EXAME ECTOSCÓPIO

	Sim	Não
1. Alterações dermatológicas		
2. Cicatrizes		
3. Hérnias/Varicocelo		
4. Varizes		
5. Desenvolvimento muscular normal		
6. Desenvolvimento esquelético normal		
7. Dismetria dos membros		
8. Escoliose		
9. Cifose / Lordose		
10. Outros		

## 6. EXAME OFTAMOLÓGICO

1. Acuidade visual	Dir. 10	Esq. 10
2. Acuidade visual com correcção	Dir. 10	Esq. 10
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
3. Miopia		
4. Hipermetropia		
5. Estrabismo		
6. Outros		

## 7. EXAME O.R.L.

	LD		LR	
	Sim	Não	Sim	Não
1. Audição normal a 5m				
2. Audição normal ciciada a 2m				
3. Sinusite				
4. Otite				
5. Outros				

## EXAME ESTOMATOLÓGICO

	Sim	Não
1. Sem cáries		
2. Cáries não tratadas		
3. Cáries tratadas		
4. Faltas		
5. Prótese		

## 9. EXAME DO ABDÓMEN

1. Organomegalia.....	
2. Outros.....	
	Quais? .....

## 10. EXAME CÁRDIO-CIRCULATÓRIO E RESPIRATÓRIO

	Sim	Não
1. Pulsos radial.....		
femural .....		
(simétricos, palpáveis e sincromas)		
2. Freq. cardíaca central .....		
sist. .... /min.		
Diast. ....		
3. P. arterial .....		
.....mnHg		
4. Ausc. Cardíaca normal.....	Sim	Não
Qual? .....		
5. Ausc. Pulmonar normal.....	Sim	Não
Qual? .....		

OBSERVAÇÕES (Discriminação da Patologia Referenciada)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

DECISÃO MÉDICA

DATA \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_\_\_  
APTO/ INAPTO

Assinatura do Médico \_\_\_\_\_