



LEIA E PREENCHA ATENTAMENTE ANTES DE ASSINAR

Por este documento e em consideração à minha admissão como participante na **FORREST RUN – ORIGENS 2021**, eu, abaixo identificado e assinado, declaro ser responsável, em todos os âmbitos, pela veracidade das informações abaixo preenchidas.

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ATLETA PARTICIPANTE

Nome: _____ Data Nasc: ____/____/____
 e-mail: _____ CPF: _____ - Cel: (____) _____
 RG: _____ Órgão Expedidor: _____

MODALIDADE E PERCURSO DO(A) ATLETA PARTICIPANTE

TRAIL RUN CURTO TRAIL RUN MÉDIO TRAIL RUN LONGO - ATLETA SOLO
 TRAIL RUN LONGO - POR EQUIPE

INFORMAÇÕES MÉDICAS E DE EMERGÊNCIA

EM CASO DE EMERGÊNCIA:

Nome: _____ Cel: (____) _____

INFORMAÇÕES MÉDICAS:

Plano de Saúde: _____ Número: _____

Grupo Sanguíneo: A B AB O Fator RH: Positivo Negativo

Último Check-Up Médico: ____/____/____

Tem alergia a algum medicamento? Sim Não Se sim, qual? _____

Possui quadro de Hipertensão? Sim Não

Se sim, quais medicamentos usa? _____

Possui quadro de Diabetes? Sim Não

Se sim, quais medicamentos usa? _____

HISTÓRICO FAMILIAR DE:

Hipertensão arterial? Sim Não

Doença cardíaca? Sim Não

Colesterol? Sim Não

Diabetes? Sim Não

Doença Pulmonar ou Respiratória? Sim Não

PESSOAL:

Possui histórico de Síncope (desmaio)? Sim Não

Utilizar atualmente alguma medicação controlada? Sim Não

Se sim, quais medicamentos usa (enumere todos)? _____

SOBRE COVID-19 (Coronavírus SARS-CoV-2)

Diagnóstico recente de infecção por COVID-19? Sim Não

Recentemente apresentou: Síndrome gripal com febre? Sim Não Tosse? Sim Não

Falta de ar? Sim Não Mialgia? Sim Não Perda de paladar ou olfato? Sim Não

Dores ou desconforto? Sim Não Hipoxemia? Sim Não

_____, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do(a) Atleta Participante