

FICHA DE AUTOAVALIAÇÃO – CONSULTORIA ONLINE

DADOS PESSOAIS

Nome completo: _____
CPF: _____
Telefone/WhatsApp: _____
Cidade: _____
Estado: _____

DADOS FÍSICOS

Idade: _____ anos
Altura: _____ m
Peso atual: _____ kg

OBJETIVO

() Emagrecimento () Hipertrofia () Condicionamento físico () Saúde/qualidade de vida ()
Performance esportiva () Outro: _____

SAÚDE

Faz uso de algum medicamento? () Não () Sim → Qual(is)?

Possui algum problema de saúde diagnosticado? () Não () Sim → Qual(is)?

Possui alguma restrição física ou lesão? () Não () Sim → Qual(is)?

Já realizou alguma cirurgia? () Não () Sim → Qual(is) e quando?

PAR-Q

Algum médico já disse que você possui problema cardíaco ou deve praticar exercício com supervisão? () Sim () Não

Sente dor no peito durante o exercício? () Sim () Não

Sente tontura ou já desmaiou? () Sim () Não

Possui problema ósseo ou articular que piora com exercício? () Sim () Não

Se marcou SIM em alguma questão, recomenda-se liberação médica.

ALIMENTAÇÃO

Possui alguma restrição alimentar? () Não () Sim → Qual(is)?

Segue alguma dieta específica atualmente? () Não () Sim → Qual?

Quantos litros de água você bebe por dia? _____ L

HÁBITOS DE VIDA

Fuma? () Não () Sim

Bebe álcool? () Não () Sim → Frequência: _____

Faz uso de alguma droga? () Não () Sim → Qual(is)? _____

Como você avalia seu sono? () Ruim () Regular () Bom

Como está seu nível de estresse diário? () Baixo () Moderado () Alto

HISTÓRICO DE TREINO

Há quanto tempo treina? _____

Quantas vezes por semana treina? _____

Pratica outra atividade física? () Não () Sim → Qual(is)? _____

LOCAL DE TREINO

Você treina em: () Academia completa () Academia de condomínio () Casa () Ao ar livre

Quais equipamentos você tem acesso?

ROTINA DIÁRIA

Horário que acorda: _____

Horário que almoça: _____

Horário que janta: _____

Horário que dorme: _____

Como é sua rotina diária (trabalho, estudo, etc.)?

AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Autoriza o envio de fotos para avaliação física? () Sim () Não

Autoriza o uso das fotos para fins profissionais (antes e depois)? () Sim () Não

FOTOS PARA AVALIAÇÃO FÍSICA

FRENTE	COSTAS
PERFIL DIREITO	PERFIL ESQUERDO

--	--

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que todas as informações fornecidas nesta ficha são verdadeiras e estou ciente de que a omissão ou erro de dados sobre minha saúde, histórico de lesões, uso de medicamentos ou qualquer outra informação relevante pode trazer riscos à minha integridade física durante a prática de exercícios. Declaro também que estou apto(a) à prática de atividade física e, caso possua alguma condição de saúde que exija acompanhamento médico, apresentarei liberação profissional. Estou ciente de que os resultados dependem da minha disciplina, frequência nos treinos, alimentação adequada e hábitos de vida. Autorizo o uso das informações para a elaboração do meu programa de treino personalizado.

Assinatura do aluno: _____

Data: ____ / ____ / ____