

PROJETO DE LEI N.º.....

Autoria: Vereador Juninho Previdelli

Dispõe sobre procedimentos a serem exigidos para a prática esportiva em academias, estabelecimentos de ginástica, esportes e afins, no município de Taquaritinga, na forma que especifica, e outras providências.

A Câmara Municipal de Taquaritinga **APROVA:**

Art. 1.º Os estabelecimentos de prática de atividades físicas e esportivas, sediadas no município de Taquaritinga, deverão exigir do interessado:

§ 1.º Responder ao Questionário de Avaliação Inicial constante do ANEXO I desta Lei.

§ 2.º A assinatura do Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física que consta do ANEXO II desta Lei, caso tenham respondido positivamente a qualquer pergunta do Questionário de Avaliação Inicial constante do ANEXO I.

Art. 2.º Os estabelecimentos a que se refere o art. 1º deverão apor, em tamanho e local que permitam boa visibilidade, placa de aviso com os seguintes dizeres:

"ANTES DE INICIAR A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS OU ESPORTIVAS, VERIFIQUE SE NÃO É CONTRAINDICADA PARA VOCÊ."

Art. 3.º Fica facultado aos estabelecimentos de prática de atividades físicas e esportivas de que trata esta Lei, solicitar a apresentação de atestado médico recente, para realizar a matrícula do interessado.

Art. 4.º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Sessões Presidente Manoel dos Santos, Plenário Dr. Edner Antonio Sendão
Acoorsi, em.....

Juninho Previdelli
Vereador/Propositor

ANEXO I

Questionário de Avaliação Inicial

Este questionário tem objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início da atividade física.

Caso você responda "sim" a uma ou mais perguntas, converse com seu médico ANTES de iniciar ou aumentar seu nível atual de atividade física. Mencione este questionário e as perguntas às quais você respondeu "sim". Por favor, assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionada por profissionais de saúde?

() sim () não

2) Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

() sim () não

3) No último mês, você sentiu dores no peito quando pratica atividade física?

() sim () não

4) Você apresenta desequilíbrio devido a tontura e/ou perda de consciência?

() sim () não

5) Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?

() sim () não

6) Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?

() sim () não

7) Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?

() sim () não

Data _____

Nome Completo _____

Assinatura: _____

ANEXO II

Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física

Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física, por ter respondido "sim" a uma ou mais perguntas do Questionário de Avaliação Inicial. Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

Data _____

Nome Completo _____

Assinatura: _____