



TERMO DE PARTICIPAÇÃO

Projeto Social de Artes Marciais · Judô, Iaidô e Aikido · Associação Kaizen

Este documento reúne, em um único formulário, a identificação, a declaração de aptidão física, o questionário PAR-Q, a autorização de uso de imagem e o consentimento para tratamento de dados. As seções 4 e 5 são facultativas e não condicionam a participação. As aulas do projeto social são gratuitas.

1. Identificação do(a) participante

NOME COMPLETO		DATA DE NASCIMENTO	
CPF / RG		GRADUAÇÃO (FAIXA)	
MODALIDADE		POLO DE TREINO	
TELEFONE (WHATSAPP)		E-MAIL	
CONTATO DE EMERGÊNCIA		TELEFONE DE EMERGÊNCIA	
PLANO DE SAÚDE / Nº SUS		TIPO SANGÜÍNEO (SE SOUBER)	

Polos: Parque da Cidade · EC 502 Samambaia · UnB Ceilândia. Modalidades conforme a oferta de cada polo.

2. Declaração de aptidão física e ciência de risco

Na qualidade de participante do projeto social de artes marciais da Associação Kaizen, declaro que:

- Estou em boas condições de saúde e apto(a) à prática de artes marciais, que envolve quedas, projeções, imobilizações, contato físico e esforço moderado a intenso.
- Estou ciente de que as modalidades praticadas envolvem contato e riscos inerentes de lesão, ainda que observadas as normas de segurança.
- Não tenho conhecimento de condição de saúde, lesão ou restrição médica que me impeça de participar, e comprometo-me a informar a organização caso venha a surgir.
- Comprometo-me a respeitar as orientações dos instrutores, as normas da Associação Kaizen e as regras do espaço cedido para as aulas.
- Estou ciente de que a Associação Kaizen mantém protocolos de segurança para as atividades, e de que este termo não exime as partes de suas responsabilidades legais.
- Autorizo que, em emergência e não sendo possível o contato imediato, a organização providencie os primeiros socorros e o encaminhamento a serviço de saúde, inclusive à rede pública (SUS).

Recomenda-se avaliação médica prévia. A organização pode solicitar atestado de aptidão física quando julgar necessário.

3. Questionário PAR-Q (prontidão para atividade física)

Responda com sinceridade. As informações serão tratadas com sigilo e servem exclusivamente para zelar pela sua segurança.

Pergunta	Resposta
Algum médico já disse que você possui um problema cardíaco e que só deveria realizar atividade física supervisionada por profissionais de saúde?	() SIM () NÃO
Você sente dores no peito quando pratica atividade física?	() SIM () NÃO
No último mês, você sentiu dores no peito quando não estava praticando atividade física?	() SIM () NÃO
Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ou perda de consciência?	() SIM () NÃO
Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser agravado pela prática de atividade física?	() SIM () NÃO
Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema cardíaco?	() SIM () NÃO
Sabe de alguma outra razão pela qual não deva praticar atividade física?	() SIM () NÃO



Se respondeu SIM a uma ou mais perguntas: consulte um médico antes de iniciar as atividades, informando quais questões foram assinaladas. A organização poderá solicitar atestado médico de aptidão como condição de participação.

Condições de saúde, lesões, alergias ou medicamentos de uso contínuo que a organização deva conhecer:

4. Autorização de uso de imagem e voz (facultativa)

Quanto ao uso da minha imagem e voz, captadas em fotos e vídeos das atividades, para divulgação institucional da Associação Kaizen e prestação de contas a patrocinadores, parceiros e órgãos de fomento, em meios impressos e digitais, sem ônus ou contrapartida:

() **AUTORIZO** () **NÃO AUTORIZO**

Facultativa, não condiciona a participação e pode ser revogada por escrito a qualquer momento, preservados os usos já realizados.

Assinatura (seção 4): _____

5. Consentimento para tratamento de dados pessoais (LGPD – Lei 13.709/2018)

Cláusula destacada, nos termos do art. 8º, §1º e §4º, da Lei 13.709/2018.

Finalidades específicas do tratamento

- Realizar a matrícula e o controle de frequência nas atividades;
- Emitir declarações de participação e registros de graduação;
- Zelar pela segurança do(a) participante, inclusive acionando o contato de emergência;
- Prestar contas a patrocinadores, parceiros e órgãos públicos;
- Comunicar sobre atividades, eventos e graduações da Associação Kaizen, com descadastro a qualquer momento.

Os dados de saúde da seção 3 são sensíveis (art. 11 da LGPD), de uso restrito à equipe da associação e exclusivo para a segurança do(a) participante. Serão armazenados pelo prazo necessário às finalidades acima e às obrigações legais, sem comercialização ou compartilhamento com terceiros, salvo com a federação esportiva para registro de graduações e quando exigido por lei. O titular pode solicitar acesso, correção, anonimização, portabilidade ou eliminação dos dados, e revogar este consentimento a qualquer momento.

() **CONSINTO** com o tratamento dos meus dados pessoais para as finalidades acima descritas.

Assinatura (seção 5): _____

6. Assinatura

Declaro que li e compreendi integralmente este termo, que as informações são verdadeiras e completas, e que estou de acordo com as condições nele estabelecidas. Comprometo-me a manter os dados de contato atualizados.

Brasília-DF, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante

Nome: _____ CPF: _____

Menores de 18 anos devem usar a versão específica deste termo, assinada pelo responsável legal. · Documento sujeito a revisão pelo advogado da Associação antes do uso.