**ANEXO II**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA**

Ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível de atividade física e, em razão de ter respondido “sim” a uma ou mais das perguntas constantes do “Questionário de Aptidão para Atividade Física”, declaro que assumo inteira e irrestrita responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a esta recomendação.

*Campus*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do estudante | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do responsável legal  (se estudante menor de 18 anos) |
| --- | --- |