



Faculdade de Educação e Desporto
Licenciatura em Educação Física e Desporto
PROVAS DE APTIDÃO FUNCIONAL (ANEXO I)

Nome _____

Sexo M F Data de Nascimento ____/____/____ Estado Civil _____

Bilhete de Identidade ou Passaporte nº _____ de ____/____/____

Morada _____

_____ Código Postal _____ Tel. _____

1. DECLARAÇÕES PESSOAIS (responda às seguintes questões).

A preencher pelo candidato. (assinale com X)

	Sim	Não	Ano
1. Esteve hospitalizado?			
2. Houve traumatismos cranianos?			
3. Perdas de consciência?			
4. Epilepsia?			
5. Doenças mentais?			
6. Hábitos alcoólicos?			
7. Consome narcóticos ou estimulantes?			
8. Dores de ouvidos, sinusite?			
9. Doenças pulmonares, Tuberculose, Asma brônquica, Pneumotorax?			
10. Doenças do coração (dores no peito, enfarte do miocárdio, arritmias)?			
11. Doenças no aparelho digestivo?			
12. Doenças renais (infecção renal)?			
13. Problemas de coluna (lumbago, ciática, fractura)?			
14. Diabetes?			
15. Toma algum medicamento regularmente? Qual?			
16. Traumatismos?			
17. Existe alguma doença que não foi acima mencionada? Qual?			
18. Já fez um exame médico desportivo?			
19. Resultado do exame médico anterior			

Confirmo as declarações por mim efectuadas como sendo verdadeiras

Data ____/____/____ Assinatura (legível) _____

2. EXAME BIOMÉTRICO

1. Peso	_____ Kg
2. Estatura.....	_____ Cm

3. ANTECEDENTES DESPORTIVOS

	Sim	Não
1. Nunca fez desporto?.....
2. Faz desporto regularmente?.....
3. Quantos treinos semanais?.....
4. Quantas horas de treino?.....
5. Vai retornar à actividade física?

4. ANTECEDENTES PESSOAIS

	Sim	Não
1. Difteria		
2. Febre reumática		
3. Febre tifóide		
4. Hepatite		
5. Úlcera Péptica		
6. Meningite		
7. Paludismo		
8. Asma brônquica		
9. Epilepsia		
10. Diabetes		
11. Cardiopatias		
12. Traumatismos cranianos ou fracturas ósseas		
13. Perdas de consciência		
14. Operações		
15. Vacinas actualizadas		
16. Outros		

5. EXAME ECTOSCÓPIO

	Sim	Não
1. Alterações dermatológicas		
2. Cicatrizes		
3. Hérnias/Varicocele		
4. Varizes		
5. Desenvolvimento muscular normal		
6. Desenvolvimento esquelético normal		
7. Dismetria dos membros		
8. Escoliose		
9. Cifose / Lordose		
10. Outros		

6. EXAME OFTAMOLÓGICO

1. Acuidade visual	Dir. 10	Esq. 10
2. Acuidade visual com correcção	Dir. 10	Esq. 10
	Sim	Não
3. Miopia		
4. Hipermetropia		
5. Estrabismo		
6. Outros		

7. EXAME O.R.L.

	LD		LR	
	Sim	Não	Sim	Não
1. Audição normal a 5m				
2. Audição normal ciciada a 2m				
3. Sinusite				
4. Otite				
5. Outros				

EXAME ESTOMATOLÓGICO

	Sim	Não
1. Sem cáries		
2. Cáries não tratadas		
3. Cáries tratadas		
4. Faltas		
5. Prótese		

9. EXAME DO ABDÓMEN

1. Organomegalia.....	
2. Outros.....	
	Quais?

10. EXAME CÁRDIO-CIRCULATÓRIO E RESPIRATÓRIO

	Sim	Não
1. Pulsos radial.....		
femural		
(simétricos, palpáveis e sincromas)		
2. Freq. cardíaca central /min.	
	sist.	Diast.
3. P. arterialmnHg	
	Sim	Não
4. Ausc. Cardíaca normal.....	Qual?	
	Sim	Não
5. Ausc. Pulmonar normal.....	Qual?	

OBSERVAÇÕES (Discriminação da Patologia Referenciada)

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

DECISÃO MÉDICA

DATA ____/____/____
_____ APTO/ INAPTO
Assinatura do Médico _____

PROVAS DE APTIDÃO MÉDICA

Nome _____
_____ médico, portador da cédula profissional n.º _____ da Ordem dos Médicos,
exercendo a profissão no concelho de _____
residente _____ atesta
que _____
residente em _____
nascido em ____ de _____ de _____ e titular do Bilhete de Identidade n.º _____
do Arquivo de Identificação de _____ datado de _____ de
_____ de _____ está Apto para o ingresso na Universidade de Cabo Verde, no curso de
Educação Física.

(a) _____ restrições

Condições impostas (b) _____

_____, ____ de _____ de 20 ____.

(a) Sem ou Com

(b) A preencher só quando existem condições a impor, tais como: usar óculos; ser reinspeccionado ao _____ meses.

(c) O reconhecimento da assinatura será substituído pelo selo branco quando for passado pela Delegacia de Saúde