Avaliação da Força & Flexibilidade

Projeto: _____ **Professor Responsável**: _____

Data da Avaliação: _____ **Enfermeiras| Técnicos:** _____

Nome	**Data de nascimento**	**Alcançar atrás das costas | Flexibilidade Sup. (cm)**		**Senta e Alcança Flexibilidade Inf. (cm)**		**Avaliação da força superior Preensão Manual kg**		**Avaliação da força dos membros inferiores 30`**
		Drt.	**Esq.**	**Drt.**	**Esq.**	**Drt.**	**Esq.**	

Testes de Aptidão Física Rikli&Jones > 60 anos: Flexibilidade e Força inferior; Dinamómetro: Força superior (Todos os participantes do Saúde em Dia)

Nome	**Data de nascimento**	**Alcançar atrás das costas | Flexibilidade Sup. (cm)**		**Senta e Alcança Flexibilidade Inf. (cm)**		**Avaliação da força superior Preensão Manual kg**		**Avaliação da força dos membros inferiores 30`**
		Drt.	**Esq.**	**Drt.**	**Esq.**	**Drt.**	**Esq.**	

Testes de Aptidão Física Rikli&Jones > 60 anos: Flexibilidade e Força inferior; Dinamómetro: Força superior (Todos os participantes do Saúde em Dia)