

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS
SECRETARIA DE ESTADO DO DESPORTO E JUVENTUDE
INSTITUTO PORTUGUÊS DO DESPORTO E JUVENTUDE, I.P.

N.º 3345328 - C

EXAME MÉDICO DESPORTIVO

PARA A FEDERAÇÃO OU ASSOCIAÇÃO

EXAME N.º

DATA

NOME

B I

DATA / NASCIMENTO

NACIONALIDADE

MORADA

C. POSTAL

LOCALIDADE

TEL.

CLUBE

MODALIDADE

ESCALÃO

NOME / MÉDICO

COLAR VINHETA DO MÉDICO
OU
CARIMBO DA INSTITUIÇÃO PÚBLICA
DE MEDICINA DESPORTIVA

DECISÃO MÉDICA

APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES
PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE

NÃO APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES
PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE
COM / SEM RESTRIÇÕES

QUAIS

ASSINATURA DO MÉDICO

CÉDULA PROFISSIONAL N.º

- Campos de preenchimento obrigatório
- N.º de Licença (obrigatório em caso de revalidação)
- O Médico deverá declarar neste campo caso o atleta esteja apto à categoria superior
- Vinheta do Médico ou Carimbo da Instituição Pública de Medicina Desportiva (OBRIGATÓRIO)