



DECLARAÇÃO MÉDICA PARA PARTICIPAÇÃO EM ESCALÃO IMEDIATAMENTE SUPERIOR

Documento destinado à instrução do processo desportivo junto da Associação de Andebol de Leiria

1 IDENTIFICAÇÃO DO(A) ATLETA

NOME COMPLETO _____

DATA DE NASCIMENTO

____/____/____

N.º CIPA

ÉPOCA

ESCALÃO CORRESPONDENTE À IDADE

ESCALÃO IMEDIATAMENTE SUPERIOR

2 DECLARAÇÃO MÉDICA

NOME DO(A) MÉDICO(A) _____

CÉDULA PROFISSIONAL N.º

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Declaro, para os devidos efeitos, que, após avaliação clínica, o(a) atleta acima identificado(a) possui aptidão e robustez física adequadas para praticar andebol no escalão imediatamente superior ao correspondente à sua idade, não apresentando contraindicação médica para o efeito.

LOCAL E DATA _____, _____ de _____ de 20____

ASSINATURA DO(A) MÉDICO(A)

CARIMBO / VINHETA DO(A) MÉDICO(A)

A presente declaração destina-se exclusivamente à instrução do processo desportivo do(a) atleta junto da Associação de Andebol de Leiria e/ou da Federação Portuguesa de Andebol.