

## EXAME MÉDICO DESPORTIVO

PARA A FEDERAÇÃO OU ASSOCIAÇÃO

DATA **1**  
NOME **2**  
C.C.  
D. NASCIMENTO NACIONALIDADE  
MORADA  
C. POSTAL LOCALIDADE TEL  
CLUBE MODALIDADE **3** ESCALÃO  
NOME/MÉDICO

COLAR VINHETA DO MÉDICO OU CARIMBO DA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE MEDICINA DESPORTIVA	<b>4</b>
<b>DECISÃO MÉDICA</b>	
<input type="checkbox"/> APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE	<b>5</b>
<input type="checkbox"/> NÃO APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE COM / SEM RESTRIÇÕES	<b>6</b>
QUAIS	<b>7</b>
ASSINATURA DO MÉDICO	
CÉDULA PROFISSIONAL Nº	

----- (DESTACAR PELO PICOTADO) -----

## MODELO DE PREENCHIMENTO DO EXAME MÉDICO DESPORTIVO

**1** – Data em que o exame é efectuado;

**2** – Identificação completa do atleta:

Nome

CC ou BI

Data de Nascimento

Morada completa

**3** – Identificar a modalidade a que se destina o Exame Médico (TRIATLO);

**4** – Local para colocação da vinheta do médico;

**5** – Este campo deve ser anulado (traçado ou cruz);

**6** – O médico deve identificar se o atleta não tem ou tem restrições para a prática da modalidade, riscando o que não interessa;

**7** – Local para o médico indicar as restrições, caso o atleta as tenha.