

DECLARAÇÃO PARA EXAME MÉDICO-DESPORTIVO

Grupo Cicloturismo Estrelas da Amadora – Secção de Atletismo



1. Identificação do Atleta

- Nome completo: _____
- Data de nascimento: ____ / ____ / ____
- Escalão: _____
- Nº de Sócio (se aplicável): _____

2. Informação Clínica Relevante (a preencher pelo atleta ou encarregado de educação)

2.1 Utiliza óculos ou lentes de contacto ☐ Sim ☐ Não

2.2 Doenças ou condições médicas conhecidas _____

2.3 Alergias (Ex.: medicamentos, alimentos, picadas de insetos, etc.) _____

2.4 Medicação habitual _____

2. Informação ao Médico

O atleta acima identificado encontra-se inscrito na Secção de Atletismo do Grupo *Cicloturismo Estrelas da Amadora* e necessita de **Exame Médico-Desportivo** obrigatório para participação em competições tuteladas pela FPA e AAL.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____