

		ESCOLA FUTEBOL & FORMAÇÃO VENDA DO PINHEIRO	foto
--	---	--	------

Atleta (Jogador)

Nome			
Sexo		Data de Nasc.	/ /
B.I. Nº		Data da emissão	/ /
Arquivo		Válido até	/ /
Naturalidade		Nacionalidade	
Morada			
Código Postal	-	Distrito	
Concelho		Freguesia	
Telefone		Telemóvel	
E-mail			
Estabelecimento de Ensino que Frequenta			
Ano		Turma	

Agregado Familiar

Nome do Pai			
Telefone de Casa		Telemóvel	
Telefone Emprego		E-mail	
Nome da Mãe			
Telefone Casa		Telemóvel	
Telefone Emprego		E-mail	

Informação Médica (resposta de sim ou não)

Bronquites		Sopro cardíaco		Sarampo		Papeira	
------------	--	----------------	--	---------	--	---------	--

Varicela		Diabetes		Otites		Rubéola	
----------	--	----------	--	--------	--	---------	--

Asma		Outras	
------	--	--------	--

Estado Dentário	Bom		Mau		Em tratamento	
-----------------	-----	--	-----	--	---------------	--

Grupo Sanguíneo	Rh:		Tipo:	
-----------------	-----	--	-------	--

Lesões que já teve	
--------------------	--

Medicação Habitual	
--------------------	--

Medicação S.O.S.	
------------------	--

Esteve hospitalizado?		Porquê?	
-----------------------	--	---------	--

Declaração

Declaro como encarregado de educação do aluno supra identificado, que autorizo o meu educando a praticar futebol no "Clube Desportivo da Venda do Pinheiro" confirmo a inexistência de quaisquer contra-indicações para a prática de actividades físicas, conforme exame médico que me comprometo a entregar posteriormente.

Mais informo que assumo inteira responsabilidade na vigilância e acompanhamento médico do meu educando, comprometendo-me a informar o "Clube Desportivo da Venda do Pinheiro" no caso de se verificar algum impedimento que possa por em causa o estado de saúde do meu educando.

Data	/	/
------	---	---

Assinatura	
------------	--