



FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE BASQUETEBOL

SUBIDA DE ESCALÃO ETÁRIO

Nome Jogador(a)			
Licença Nr			
Escalão Actual		Escalão Futuro	
Clube			

Declararam reconhecer as assinaturas do Encarregado de Educação e do Médico

Data ____/____/____
(aaaa/mm/dd)

(Assinatura e selo branco ou carimbo a óleo)

AUTORIZAÇÃO

Nome Enc Educação	
Parentesco	

Declaro que autorizo a referida subida de escalão

Data ____/____/____
(aaaa/mm/dd)

(Assinatura do Encarregado de Educação)

DECLARAÇÃO MÉDICA

Nome Médico	
-------------	--

Declaro que o(a) jogador(a) acima referido(a), tem ficha médica devidamente actualizada e reúne todas as condições para a solicitada subida de escalão.

Conforme resultado do exame clínico a que procedi.

Data ____/____/____
(aaaa/mm/dd)

(Vinheta e Assinatura do Médico)