

CAMPEONATO CARIOCA
DE
VÔLEI MASTER 2020



CIRCUITO CARIOCA MASTER
DE
VÔLEI DE PRAIA 2020

FORMULÁRIO MÉDICO

I. O JOGADOR QUE ESTÁ SENDO EXAMINADO IRÁ JOGAR EM CONDIÇÕES CONSIDERADAS ESTRESSANTES COMO SOL, CHUVA, CALOR, HUMIDADE E ESTARÁ SUJEITO A ESFORÇOS FÍSICOS QUE PODEM DURAR APROXIMADAMENTE 3 HORAS, COM DIFERENTES PICOS DE ALTA INTENSIDADE.

II. UMA CÓPIA ELETRÔNICA DESTES FORMULÁRIOS DEVERÁ SER ENTREGUE POR E-MAIL À FEDERAÇÃO DE VOLEIBOL MASTER DO RIO DE JANEIRO (FVMR) ATÉ O PRAZO DE 48 HORAS ANTES DO PRIMEIRO JOGO EM QUE O(A) ATLETA IRÁ PARTICIPAR. A CÓPIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE AO DELEGADO DA FVMR NO LOCAL DA COMPETIÇÃO ATÉ 30 MINUTOS ANTES DO INÍCIO DO PRIMEIRO JOGO DO(A) ATLETA EM QUESTÃO NA COMPETIÇÃO EM QUE ESTIVER INSCRITO.

III. O PRESENTE EXAME É VÁLIDO PARA O CAMPEONATO CARIOCA DE VÔLEI MASTER 2020 (VOLEIBOL DE QUADRA) & CIRCUITO CARIOCA MASTER DE VÔLEI DE PRAIA 2020 (VÔLEI DE PRAIA).

OS CAMPOS ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDOS PELO ATLETA QUE SERÁ SUBMETIDO AO EXAME

NOME COMPLETO:

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/_____

ATUAÇÃO: () ATLETA () TÉCNICO

MODALIDADE: () VOLEIBOL DE QUADRA () VÔLEI DE PRAIA

NOME DA(S) EQUIPE(S) QUE FAZ PARTE:

NAIPE: () MASCULINO () FEMININO

CATEGORIA: () 30+ () 35+ () 40+ () 45+ () 50+ () 55+ () 59+ () 63+ () 67+

EU, COMO PARTICIPANTE DAS COMPETIÇÕES ORGANIZADAS PELA FEDERAÇÃO DE VOLEIBOL MASTER DO RIO DE JANEIRO (FVMR), RECONHEÇO E CONCORDO COM OS SEGUINTE TERMOS:

1. TENHO CONHECIMENTO DAS EXIGÊNCIAS PARA MINHA PARTICIPAÇÃO DESCRITAS NOS REGULAMENTOS OFICIAIS DAS SUPRACITADAS COMPETIÇÕES PUBLICADOS NO SITE DA FVMR;

2. CONFORME MINHA ASSINATURA NESTE ATESTADO, ISENTO A FVMR DE QUALQUER RESPONSABILIDADE REFERENTE A PROBLEMAS DE SAÚDE QUE POSSAM OCORRER COMIGO DURANTE MINHA PARTICIPAÇÃO EM JOGOS DO CAMPEONATO CARIOCA DE VÔLEI MASTER 2020 E DO CIRCUITO CARIOCA MASTER DE VÔLEI DE PRAIA 2020;

3. EU LI, COMPREENDI E CONCORDO COM TODAS AS INFORMAÇÕES DISPOSTAS NESTE FORMULÁRIO.

ASSINATURA DO(A) ATLETA SUBMETIDO(A) AO PRESENTE EXAME

OS CAMPOS ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDOS PELO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO EXAME

VENHO POR MEIO DESTES ATESTAR QUE SOB MEU CONHECIMENTO E APÓS EXAME MÉDICO PROFISSIONAL CONDUZIDO POR MIM, O PARTICIPANTE ACIMA MENCIONADO GOZA DE BOA SAÚDE E ESTÁ APTO A PARTICIPAR DO CAMPEONATO CARIOCA DE VÔLEI MASTER 2020 E/OU DO CIRCUITO CARIOCA MASTER DE VÔLEI DE PRAIA 2020.

NOME COMPLETO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO EXAME (PREENCHIMENTO EM LETRA DE FORMA)

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO EXAME & CARIMBO COM CRM DO PROFISSIONAL

_____, ___/___/_____
LOCAL E DATA DO EXAME: