



CENTRO GIRA-VOLEI FPV

Ficha de Inscrição de Atleta Nível 1 2 *

FOTOGRAFIA

* Assinalar o nível pretendido

Em caso de revalidação, é favor preencher apenas o nome, n.º de licença da época anterior e os dados com alterações. Não é necessário fotografia.

NOME *																									
COMPLETO																									
MORADA *																									
LOCALIDADE																									
COD. POSTAL																									
FILHO DE *																									
E DE *																									
NACIONALIDADE																									
NATURAL DE																									
DATA NASC.*	dd	mm	aa	B.I. N.º*											LIC. N.º										
TELEFONE*																									

*** Campo Obrigatório**

EXAME MÉDICO

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro que o jogador referido no presente boletim tem ficha médica no Centro Gira-Volei devidamente actualizada, e está vacinado contra o Tétano e reúne todas as condições para a prática do Voleibol conforme resultado do exame, a que procedi de acordo com a ficha de Exame Médico Desportivo, conforme despacho do Instituto do Desporto publicado no Diário da República nº 242 de 19.10.1994.

Assinatura do Médico

CENTRO GIRA-VOLEI / FPV

RESPONSÁVEL PELO
CENTRO GIRA-VOLEI / FPV

AUTORIZAÇÃO DO ENCARREGADO
DE EDUCAÇÃO

ENVIADO À FEDERAÇÃO EM: ___/___/___

RECEBIDO NA FEDERAÇÃO EM: ___/___/___