**DECLARAÇÃO MÉDICA DE APTIDÃO AO REMO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME:** Nome Completo | **CLUBE:** Clube |
| **ENDEREÇO:** Endereço |
| **CIDADE:** Cidade | **ESTADO:** Estado | **CEP:** 00000-000 |
| **NASCIMENTO:** 00/00/0000 | **SEXO:** Sexo | **CPF:** 000.000.000-25 |
| **EMAIL:** email@email.com |
| **TELEFONE:** (00) 0000-0000 | **CELULAR:** (00) 0000-0000 |
| **CONTATO DE EMERGÊNCIA:** Nome |
| **RELACIONAMENTO:** Relacionamento | **TELEFONE:** (00) 0000-0000 |
| **PLANO DE SAÚDE (EMPRESA/NÚMERO):** Plano de Saúde |
| **MÉDICO DE FAMÍLIA (NOME/TELEFONE:** Médico de Família |

**MÉDICO EXAMINADOR**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME:** Nome | **CRM:** 0000 |
| **EMAIL:** email@email.com | **TELEFONE:** (00) 0000-0000 |
| **LOCAL:** Cidade/Estado | **DATA:** 00/00/0000 |

**RESULTADO**

|  |
| --- |
| O atleta apresenta contraindicações clínicas para praticar remo?SIM NÃO |
| Se a resposta à questão for SIM, recomenda-se que o atleta: |
| Evite participar:SIM NÃO No treinamentoSIM NÃO Em competição | Respeite as seguintes restrições:SIM NÃO Durante o treinamentoSIM NÃO Durante a competição |
| Explicar: |

.................................................................................................

**Nome do Médico Examinador**

Cargo e Local de Trabalho

*(Incluir carimbo e assinatura)*