



# CLUB DE REGATAS VASCO DA GAMA

DEPARTAMENTO DE FUTEBOL - DIVISÃO DE FUTEBOL AMADOR  
COORDENAÇÃO GERAL DE NÚCLEOS

NOME DO NÚCLEO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO NÚCLEO: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

## FICHA MÉDICA

### DADOS PESSOAIS DO ATLETA

Nome: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ TS FRh \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

### FILIAÇÃO

Pai: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

### Condições médicas pré-existentes do Atleta:

- |                         |                              |                              |                                 |                              |                              |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Crise de asma:        | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | • Dor de cabeça constante:      | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| • Desmaios:             | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | • Problemas quando faz esforço: | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| • Dificuldades na fala: | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | • Sente-se mal quando viaja:    | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |

Outros: \_\_\_\_\_

O Atleta apresenta algum tipo de alergia?  Qual? \_\_\_\_\_

Está fazendo algum tratamento médico?  Qual? \_\_\_\_\_

Toma algum remédio controlado? \_\_\_\_\_

Tem Plano de Saúde? \_\_\_\_\_

## AUTORIZAÇÃO

Por meio desta, autorizo \_\_\_\_\_

a participar dos jogos e treinamentos do Núcleo.

Autorizo, ainda o Coordenador do Núcleo / Professor a fornecer tratamento de emergência para uma lesão que possa vir a ocorrer com meu filho.

**Anexar a esta ficha o atestado médico do atleta.**

- OBS.:**
- A presente declaração não implica em qualquer comprometimento do médico com o CRVG.
  - O atestado médico deverá ser realizado a cada 6 (seis) meses.
  - Em caso de acidente com o atleta, o Núcleo prestará os primeiros socorros, avisará aos responsáveis e ao CRVG, assim como acionará o seguro obrigatório contra acidentes pessoais.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

Responsável pelo Atleta