TÉCNICO RUGBY

FICHA DE INSCRIÇÃO

ATLETA

Nome _____

Data de nascimento _____

Nº cartão do cidadão _____ _ Validade _____

NIF _____

Morada _____

Código Postal _____ Localidade _____ Freguesia _____

Telemóvel _____ E-mail _____

Empresa / Universidade / Escola _____

Profissão / Grau de Ensino _____

Altura _____ Peso _____

ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO (em caso de menores)

Nome _____

Morada _____

Código Postal _____ Localidade _____ Freguesia _____

Telemóvel _____ E-mail _____

Empresa / Universidade / Escola _____

Profissão / Grau de Ensino _____

OUTROS CONTACTOS

Nome _____

Parentesco _____

Telemóvel _____ E-mail _____

O Atleta compromete-se a não danificar a imagem e a cumprir os procedimentos internos do Clube de Rugby do Técnico, sob risco de, em caso contrário, poder ser cancelada esta inscrição, sem direito a reembolso de qualquer valor. Compete à Direcção do Clube de Rugby do Técnico decidir sobre estes assuntos;

Data _____

Atleta _____

Encarregado de educação (em caso de **menores)** _____

Clube de Rugby do Técnico
Instituição de Utilidade Pública
Av. Eng.º Arantes e Oliveira, nº 8
1900-222 Lisboa, Portugal
www.tecnico-rugby.com
927909543 / tesouraria.tecnicorugby@gmail.com

TÉCNICO RUGBY

DECLARAÇÃO

O Declarante _____,
portador do B.I / Cartão do Cidadão / Passaporte / Autorização de residência (riscar o que não interessa) nº _____ válido até ____/____/____, do escalão _____, residente em _____,
por si / na qualidade de pai ou mãe / encarregado de educação do atleta (riscar o que não interessa) _____
vem por este meio declarar, que é do seu conhecimento e que autoriza o registo de imagens do próprio / seu educando (riscar o que não interessa), podendo esses mesmos registos fotográficos, videográficos e / ou de som, ser utilizados para fins educacionais e / ou promocionais por parte do Clube de Rugby do Técnico e dos seus patrocinadores.
É ainda do seu conhecimento que nenhum direito lhes assiste pela utilização / exibição das suas imagens, nada podendo reclamar, não tendo direito a qualquer compensação ou qualquer contrapartida financeira.

Lisboa, _____ de _____ de 2021

_____
(Assinatura conforme Bilhete de Identidade / Cartão do Cidadão)

Clube de Rugby do Técnico
Instituição de Utilidade Pública
www.tecnico-rugby.com
NIF: 501554122
Av. Arantes e Oliveira, 8 • 1900-222 Lisboa • Portugal
Tel.: (351) 21 848 80 03 Fax. (351) 21 840 09 71
Email: tesouraria.tecnicorugby@gmail.com

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

_____, portador do cartão de cidadão/passaporte nº _____, válido até ___/___/_____, venho declarar para os devidos efeitos, que disponibilizo de livre vontade, sem estar sujeito a qualquer condicionante, fotocópia do documento de identificação que se anexa, com vista a juntar à minha inscrição junto da Federação Portuguesa de Rugby.

Em _____, aos ____ de _____ de _____

DECLARAÇÃO

Eu, abaixo assinado (a) _____ ,
residente em _____ ,
portador do BI n.º _____ , emitido em ___ / ___ / _____ pelo Arquivo de Identificação de _____ , venho na qualidade de Pai / Mãe / Tutor (b) do jogador, menor de idade, federado ou a federar _____ e a inscrever pelo clube _____
declarar que autorizo que lhe sejam efectuados controlos de dopagem em competição e fora de competição, nos termos do n.º 3 do Artigo 31.º da Lei n.º 38/2012, de 28 de agosto.

_____, em ___ / ___ / _____

_____
O Declarante

Pelo Clube (assinatura legível com carimbo)

_____
O Dirigente

(a) Nome do Declarante (Pai/Mãe/Tutor)
(b) Riscar o que não interessa
(c) Nome do jogador federado menor de idade

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA JUVENTUDE E DO DESPORTO
INSTITUTO PORTUGUÊS DO DESPORTO E JUVENTUDE, I.P.

EXAME MÉDICO DESPORTIVO

PARA A FEDERAÇÃO OU ASSOCIAÇÃO

DATA

NOME

C.C.

D. NASCIMENTO NACIONALIDADE

MORADA

C. POSTAL LOCALIDADE TEL

CLUBE MODALIDADE ESCALÃO

NOME/MÉDICO

COLAR VINHETA DO MÉDICO
OU
CARIMBO DA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE MEDICINA DESPORTIVA

DECISÃO MÉDICA

APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE

NÃO APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE COM / SEM RESTRIÇÕES

QUAIS

ASSINATURA DO MÉDICO

CÉDULA PROFISSIONAL Nº

----------(DESTACAR PELO PICOTADO)----------

PARA O ATLETA, PODE SER DIGITALIZADO/FOTOCOPIADO PARA ARQUIVO MÉDICO

DATA

NOME

C.C.

CLUBE MODALIDADE ESCALÃO

NOME/MÉDICO

DECISÃO MÉDICA

APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE

NÃO APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE COM / SEM RESTRIÇÕES

QUAIS

ASSINATURA DO MÉDICO

CÉDULA PROFISSIONAL Nº

1. DECLARAÇÕES PESSOAIS (A preencher exclusivamente pelo Atleta ou Encarregado de Educação)

	SIM	NÃO	ANO
1.Esteve internado no Hospital ou Clínica?			
2.Foi operado?			
3.Perdas de consciencia? Epilepsia?			
4.Teve alguma lesão no desporto?			
5.Hábitos alcoólicos / tabágicos?			
6.Consome narcóticos, estimulantes?(ou outras substancias)			
7.Toma regularmente algum medicamento?			
8.Doenças alérgicas?			
9.Asma, pneumotorax, tuberculose?(outras doenças pulmonares)			
10.Doenças do aparelho digestivo?			
11.Doenças do coração?			
12.Doenças renais?			
13.Doenças ósseas (coluna ou articulações)?			
14.Diabetes			
15.Doenças do sangue?			
16.Doenças mentais?			
17.Doenças da pele?			
18.Teve alguma doença aqui não mencionada?			
19.Já fez um exame médico desportivo?			
20.Resultado do exame anterior:			

Confirmo as declarações por mim efetuadas.

Data

Assinatura **(O próprio, com idade igual ou superior a 18 anos, ou Encarregado de Educação)**

(A preencher pelo médico)

2. ANTECEDENTES FAMILIARES

	SIM	NÃO	*
1.D. Cardiovasculares (miocardiopatias, D. coronária, etc.)			
2.Hipertensão arterial			
3.Morte súbita			
4.Asma			
5.Diabetes			
6.Epilepsia			
7.Tumores			
8.Doenças hematológicas			
9.Outros			

*Preencha nº de código se a resposta for SIM; Pais 1 / Avós 2 / Irmãos 3

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

	SIM	NÃO
1.Cirurgias		
2.Perdas de consciência		
3.Traumatismos cranianos ou fraturas ósseas		
4.Palpitações, dispneia, dor torácica, lipotimia		
5.Cardiopatias		
6.Hipertensão arterial		
7.Doenças do aparelho digestivo		
8.Asma bronquica, alergias, rinite		
9.Hepatites		
10.Diabetes		
11.Epilepsia		
12.Hábitos alcoólicos/tabágicos		
13.Vacinas atualizadas (Tétano, Hepatite B)		
14.Outros		

4. ANTECEDENTES DESPORTIVOS

	SIM	NÃO
1.Já fez desporto federado?		
2.Vai retomar a atividade física?		
3.Faz desporto regularmente?		
4.Quantos treinos semanais?		

5. EXAME BIOMÉTRICO

1.Peso	kg
2.Estatura	cm

6. EXAME ECTOSCÓPICO

	SIM	NÃO
1.Desenvolvimento normal		
2.Alterações dermatológicas / Cicatrizes		
3.Escoliose / Cifose / Lordose		
4.Dismetria dos membros		
5.Genus valgus / Genus varus		
6.Pé plano / Pé cavo		
7.Varizes		
8.Outros		

7. EXAME OFTALMOLÓGICO

	DIR	ESQ
1.Acuidade visual sem correção	/10	/10
2.Acuidade visual com correção	/10	/10
3.Miopia / Hipermetropia / Estrabismo / Astigmatismo		
4.Outros		

8. EXAME O.R.L.

	L.D.		L.E.	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1.Audição a 5 m sem alterações				
2.Sinusite / Otite / Outros				

9. EXAME ESTOMATOLÓGICO

	SIM	NÃO
1.Sem cárie / Cárie tratada / Faltas / Prótese		
2.Cáries não tratadas		

10. EXAME DO ABDOMÉN

	SIM	NÃO
1.Organomegalia / Hérnias		
2.Outros. Quais?		

11. EXAME GÉNITO-URINÁRIO

	SIM	NÃO
1.Menarca (idade)		
2.Alterações do ciclo menstrual		
3.Outros		

12. EXAME CÁRDIO-CIRCULATÓRIO E RESPIRATÓRIO

	SIM	NÃO
1.Pulso radial | (Simétricos, palpáveis e sincronos)		
Pulso femoral | (Simétricos, palpáveis e sincronos)		
2.Auscultação cardíaca normal		
3.Auscultação pulmonar normal		
4.Frequência cardíaca		min
5.Pressão arterial		mmHg

13. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

	SIM	NÃO
1.E.C.G. normal		
2.Radiografia do tórax normal (Data)		
3.Outros		

Observações

PARA O ATLETA, PODE SER DIGITALIZADO/FOTOCOPIADO PARA ARQUIVO MÉDICO