

O JOGADOR QUE ESTÁ SENDO EXAMINADO IRÁ JOGAR EM CONDIÇÕES EXIGENTES E CONSIDERADAS ESTRESSANTES COMO CALOR, HUMIDADE E ESFORÇOS FÍSICOS QUE PODEM DURAR APROXIMADAMENTE 3 HORAS.

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENTREGUE NA REUNIÃO PRELIMINAR QUE ANTECEDE O CONGRESSO TÉCNICO
AO DELEGADO TÉCNICO DO CAMPEONATO**

COMPETIÇÃO: CAMPEONATO BRASILEIRO DE SELEÇÕES - 2026

SELEÇÃO			
NAIPE	MASCULINO () FEMININO ()		
NOME ATLETA			
SOBRENOME			
DATA NASC.		APELIDO	
	DD/MM/AAAA		
LOCAL DO EXAME			
DATA DO EXAME			
	DD/MM/AAAA		

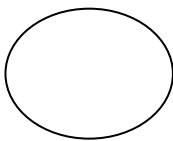
POR MEIO DESTES EU CONFIRMO QUE SOB MEU CONHECIMENTO E APÓS EXAME MÉDICO PROFISSIONAL O/A ATLETA DE VOLEIBOL ACIMA MENCIONADO GOZA DE BOA SAÚDE E É CAPAZ DE VIAJAR POR QUALQUER MEIO DE TRANSPORTE E PARTICIPAR DE COMPETIÇÕES DE VOLEIBOL

NOME COMPLETO DO MÉDICO - LEGÍVEL

ASSINATURA E CARIMBO COM CRM DO MÉDICO

EU COMO PARTICIPANTE DE UM EVENTO DA CBV RECONHEÇO E CONCORDO COM O SEGUINTE:

1. Tenho conhecimento das regras de Controle de Dopagem, conforme Regulamento Oficial contido no site da CBV.
2. Eu cumpro e concordo a me sujeitar a todas disposições do Regulamento de Controle e Dopagem da CBV incluindo mas não limitando a todas as alterações ao regulamento anti-doping e todas as regras internacionais incorporadas nas regras anti-doping e as normas do CBJD.
3. Eu reconheço e concordo que a CBV tem competência para impor sanções tais como previsto no regulamento de anti-doping independente das sanções previstas no CBJD.



ASSINATURA ATLETA

CARIMBO DA FEDERAÇÃO

ASSINATURA: PRESIDENTE OU REPRESENTANTE