

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 INTERCLUBES - 2023-2024

SELEÇÃO	<input type="text"/>	
NAIPE	MASCULINO () FEMININO ()	
NOME ATLETA	<input type="text"/>	
SOBRENOME	<input type="text"/>	
DATA NASC.	<input type="text"/>	APELIDO <input type="text"/>
	DD/MM/AAAA	
LOCAL DO EXAME	<input type="text"/>	
DATA DO EXAME	<input type="text"/>	
	DD/MM/AAAA	

POR MEIO DESTA 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.
4. Eu li, compeendi e concordo com toda informação disposta neste formulário.

ASSINATURA ATLETA



ASSINATURA: PRESIDENTE OU REPRESENTANTE