



CONFEDERAÇÃO
BRASILEIRA DE
VOLEIBOL

M-3

ATESTADO MÉDICO

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

ESTE DOCUMENTO DEVERÁ SER FEITO UPLOAD NO ATO DA INSCRIÇÃO.

CAMPEONATO VOLEI MASTER DE QUADRA E PRAIA

EQUIPE:	<input type="text"/>		
NAIPE	MASCULINO () FEMININO ()		
CATEGORIA:	<input type="text"/>		
NOME ATLETA COM.TECNICA	<input type="text"/>		
DATA NASC.	<input type="text"/> DD/MM/AAAA	APELIDO	<input type="text"/>
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 DO CAMPEONATO VOLEI MASTER 2024 NO PERIODO DE 16 A 23 DE NOVEMBRO DE 2024.

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 exigências para minha participação, descritas no Regulamento Oficial publicado no site da CBV.
2. Conforme minha assinatura neste atestado, isento a CBV de qualquer responsabilidade, referente a problemas de saúde que possa ocorrer comigo durante o campeonato.
3. Eu li, compeendi e concordo com toda informação disposta neste formulário.

ASSINATURA ATLETA