

FICHA CADASTRAL E INVESTIGATÓRIO DE SAÚDE – FPRB

Para preencher os campos, posicione o mouse e clique na área cinza da caixa de texto

Nome do atleta:

Filiação:

Data de Nascimento:

Nacionalidade:

Naturalidade:

Endereço Completo:

Número: Complemento: CEP:

Telefone celular: (DDD)

Tipo Sanguíneo

E-mail:

Clube filiado (atual):

É ou foi filiado a clube de outro estado?

 NÃO SIM, Qual? _____

Altura:

Peso:

Posição:

Quando iniciou a prática desportiva a nível de treinamento:

Plano de Saúde:

Médico(a):

Já apresentou algum tipo de lesão ligada a prática desportiva?

 NÃO SIM, Qual? _____

Há alguma lesão do tipo crônica?

 NÃO SIM, Qual? _____

No momento apresenta alguma lesão?

 NÃO SIM, Qual? _____

Qual o procedimento para o tratamento da lesão?

Apresenta algum problema de saúde?

 NÃO SIM, Qual? _____

Faz uso de medicamento de forma contínua?

 NÃO SIM, Qual? _____

É alérgico(a) a algum tipo de medicamento ou alimento?

 NÃO SIM, Qual? _____

Fez alguma cirurgia?

 NÃO SIM, Qual? _____

Alguém da família apresenta problemas de saúde?

(cardíaco, hipertensão, avc, neoplasia, artrite, artrose, bronquite, asma, diabetes ou outras)

 NÃO SIM, Qual? _____

Alguma observação que deseja relatar?

Dados do Pai ou responsável

Nome completo:

Telefone Celular:

E-mail:

Dados do Técnico atual responsável

Nome completo:

Telefone Celular:

E-mail:

() Autorizo a participação do atleta nas atividades da Seleção Paranaense tendo plena consciência do seu estado de saúde, bem como a vinculação de sua imagem gratuitamente em toda a forma de divulgação das ações em fotos, cartaz, folder, flyer, matérias em revistas, tv, jornais, home-page e mídias eletrônicas em geral.

Nome pai ou responsável