

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DESPORTIVA



PCAND

PARALISIA CEREBRAL - ASSOCIAÇÃO
NACIONAL DE DESPORTO

FOTOGRAFIA

DATA E LOCAL DE CLASSIFICAÇÃO: _____

NOME DO ATLETA: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

SEXO: MASC. FEM.

Nº DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: _____

DATA DE VALIDADE: _____

MODALIDADE: _____

CLUBE OU ASSOCIAÇÃO QUE REPRESENTA: _____

EU (Nome do Atleta) _____, declaro por este meio que fui notificado da classe desportiva que me foi atribuída.

ASSINATURA DO ATLETA: _____

CLASSE DESPORTIVA ATRIBUÍDA: _____

STATUS DA CLASSE DESPORTIVA: _____

EQUIPA DE CLASSIFICAÇÃO:

1. MÉDICO (NOME) _____

ASSINATURA: _____

2. FISIOTERAPEUTA (NOME) _____

ASSINATURA: _____

3. TÉCNICO DESPORTIVO (NOME) _____

ASSINATURA: _____



(A ENTREGAR AO ATLETA)



PCAND

PARALISIA CEREBRAL - ASSOCIAÇÃO
NACIONAL DE DESPORTO

NOTIFICAÇÃO DE CLASSE DESPORTIVA

DATA E LOCAL DE CLASSIFICAÇÃO: _____

NOME DO ATLETA: _____

MODALIDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

CLUBE OU ASSOCIAÇÃO QUE REPRESENTA: _____

CLASSE DESPORTIVA ATRIBUÍDA: _____

STATUS DA CLASSE DESPORTIVA: _____

OBSERVAÇÕES: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO DESPORTIVA: _____