



## Federação Portuguesa de Vela

(Inscrição ou revalidação de Licença Desportiva)

**Anexos obrigatórios:** Exame médico-desportivo (modelo IPDJ) – prescindem deste, as LD Escola de Vela, Treinador e de Dirigente/Delegado.Nome do requerente: \_\_\_\_\_ Género: M  F 

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Clube: \_\_\_\_\_

Morada do requerente: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Doc. Identificativo nº: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Contribuinte nº \_\_\_\_\_

Portador de Deficiência: Sim  Não  Se sim, qual? Visual ; Auditiva ; Intelectual ; Amputados ; Paralisia Cerebral Física ou Motora ; Vertebro-Medulares ; Outros \_\_\_\_\_

## Categorias

<b>Praticante</b> <input type="checkbox"/> (Escolha apenas uma subcategoria)	<b>Regular</b> <input type="checkbox"/>	(Regular: Habilita a competir em todas as Disciplinas / Classes)			
	<b>Especial</b> <input type="checkbox"/>	<b>Radiocontrole</b> <input type="checkbox"/>	<b>Kiteboard</b> <input type="checkbox"/>	<b>Prancha à Vela</b> <input type="checkbox"/>	<b>Tripulante de Cruzeiro</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Escola de Vela</b> <input type="checkbox"/>	(LD Escola de Vela garante seguro de acidentes pessoais, mas não habilita a competir)			
<b>Treinador</b> <input type="checkbox"/> (Escolha as subcategorias)	<b>Vela</b> <input type="checkbox"/>	Grau _____	Estagiário Grau _____		
	<b>Kiteboard</b> <input type="checkbox"/>	Grau _____	Estagiário Grau _____		
<b>Árbitro</b> <input type="checkbox"/> (Escolha as subcategorias)	<b>Juiz</b> <input type="checkbox"/>	Grau _____			
	<b>Oficial de Regata</b> <input type="checkbox"/>	Grau _____			
	<b>Medidor</b> <input type="checkbox"/>	Grau _____			
	<b>Class.Funcional</b> <input type="checkbox"/>	Grau _____			
	<b>Juiz-Árbitro</b> <input type="checkbox"/>	Grau _____			
<b>Dirigente/Delegado</b> <input type="checkbox"/>	Entidade (*) _____				(*) filiada na FPV

**Caso o Requerente tenha sido portador de Licença Desportiva numa época anterior, mencionar:**

Número da Licença: \_\_\_\_\_ Clube: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMENTO Regulamento Geral de Proteção de Dados

Eu, \_\_\_\_\_ (requerente ou titular do poder paternal do menor requerente), autorizo que a FPV proceda ao tratamento dos dados recolhidos no formulário de inscrição/revalidação da licença desportiva com vista a dar cumprimento às obrigações contratuais, bem como para a companhia de seguros no âmbito da apólice de acidentes pessoais vigente. Sei que poderei, a qualquer momento e por ato inequívoco, retirar ou recusar tal consentimento.

DECLARAÇÃO (apenas para requerentes com Licença Desportiva de praticantes nos escalões **Infantil, Juvenil ou Júnior**)

Eu, \_\_\_\_\_, titular do poder paternal, autorizo a participação do requerente, menor, mediante inscrição submetida pelo seu clube, em todas as competições do Calendário Anual de Provas da FPV, assumindo que participará voluntariamente por sua conta e risco, pelo que, desta forma, declaro conhecer e aceitar expressamente a regra 3 das Regras de Regata à Vela em vigor por me ter sido dada a conhecer integralmente.

Declaro que o requerente, menor, não possui quaisquer contra-indicações médicas para a prática da modalidade (conforme exame médico-desportivo apresentado). Declaro saber que poderão acontecer acidentes durante os treinos e competições e que caberá ao Clube/Autoridade Organizadora (AO), mesmo ausente de responsabilidade, prestar auxílio médico ao atleta. Assim declaro que autorizo, na minha ausência, a que decidam sobre as medidas que a equipa médica julgue necessárias em caso de urgência. Autorizo ainda, ao abrigo e no estrito cumprimento do Regime Geral da Proteção de Dados em vigor (RGPD), a recolha e difusão da imagem do Requerente, sendo cedidos todos os seus direitos para efeitos de recolha de dados ao nível de recursos audiovisuais e de imagem colhidos na prática. Declaro, por fim, que o meu educando requerente poderá ser submetido a controlos antidopagem, em qualquer prova ao longo da época desportiva a que diz respeito a licença desportiva, sem qualquer aviso ou autorização prévia nos termos da Lei em vigor.

Assinatura do requerente (ou do Encarregado de Educação se menor de idade): \_\_\_\_\_

Assinatura de um dirigente do clube e carimbo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## EXAME MÉDICO DESPORTIVO

DATA  
NOME  
C.C.  
D. NASCIMENTO NACIONALIDADE  
MORADA  
C. POSTAL LOCALIDADE TEL  
CLUBE MODALIDADE ESCALÃO  
NOME/MÉDICO

COLAR VINHETA DO MÉDICO OU CARIMBO DA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE MEDICINA DESPORTIVA
<b>DECISÃO MÉDICA</b>
APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE
NÃO APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE COM / SEM RESTRIÇÕES
QUAIS
ASSINATURA DO MÉDICO
CÉDULA PROFISSIONAL Nº

------(DESTACAR PELO PICOTADO)-----

DATA  
NOME  
C.C.  
CLUBE MODALIDADE ESCALÃO  
NOME/MÉDICO

<b>DECISÃO MÉDICA</b>
APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE
NÃO APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE COM / SEM RESTRIÇÕES
QUAIS
ASSINATURA DO MÉDICO
CÉDULA PROFISSIONAL Nº

### 1. DECLARAÇÕES PESSOAIS (A preencher exclusivamente pelo Atleta ou Encarregado de Educação)

	SIM	NÃO	ANO
1. Esteve internado no Hospital ou Clínica?			
2. Foi operado?			
3. Perdas de consciencia? Epilepsia?			
4. Teve alguma lesão no desporto?			
5. Hábitos alcoólicos / tabágicos?			
6. Consome narcóticos, estimulantes?(ou outras substancias)			
7. Toma regularmente algum medicamento?			
8. Doenças alérgicas?			
9. Asma, pneumotorax, tuberculose?(outras doenças pulmonares)			
10. Doenças do aparelho digestivo?			
11. Doenças do coração?			
12. Doenças renais?			
13. Doenças ósseas (coluna ou articulações)?			
14. Diabetes			
15. Doenças do sangue?			
16. Doenças mentais?			
17. Doenças da pele?			
18. Teve alguma doença aqui não mencionada?			
19. Já fez um exame médico desportivo?			
20. Resultado do exame anterior:			

Confirmo as declarações por mim efetuadas.

Data

Assinatura (o próprio, com idade igual ou superior a 18 anos, ou Encarregado de Educação)

(A preencher pelo médico)

## 2. ANTECEDENTES FAMILIARES

	SIM	NÃO	*
1.D. Cardiovasculares (miocardiopatias, D. coronária, etc.)			
2.Hipertensão arterial			
3.Morte súbita			
4.Asma			
5.Diabetes			
6.Epilepsia			
7.Tumores			
8.Doenças hematológicas			
9.Outros			

\*Preencha nº de código se a resposta for SIM; Pais 1 / Avós 2 / Irmãos 3

## 3. ANTECEDENTES PESSOAIS

	SIM	NÃO
1.Cirurgias		
2.Perdas de consciência		
3.Traumatismos cranianos ou fraturas ósseas		
4.Palpitações, dispneia, dor torácica, lipotimia		
5.Cardiopatias		
6.Hipertensão arterial		
7.Doenças do aparelho digestivo		
8.Asma bronquica, alergias, rinite		
9.Hepatites		
10.Diabetes		
11.Epilepsia		
12.Hábitos alcoólicos/tabágicos		
13.Vacinas atualizadas (Tétano, Hepatite B)		
14.Outros		

## 4. ANTECEDENTES DESPORTIVOS

	SIM	NÃO
1.Já fez desporto federado?		
2.Vai retomar a atividade física?		
3.Faz desporto regularmente?		
4.Quantos treinos semanais?		

## 5. EXAME BIOMÉTRICO

1.Peso		kg
2.Estatura		cm

## 6. EXAME ECTOSCÓPICO

	SIM	NÃO
1.Desenvolvimento normal		
2.Alterações dermatológicas / Cicatrizes		
3.Escoliose / Cifose / Lordose		

	SIM	NÃO
4.Dismetria dos membros		
5.Genus valgus / Genus varus		
6.Pé plano / Pé cavo		
7.Varizes		
8.Outros		

## 7. EXAME OFTALMOLÓGICO

	DIR	ESQ
1.Acuidade visual sem correção	/10	/10
2.Acuidade visual com correção	/10	/10
3.Miopia / Hipermetropia / Estrabismo / Astigmatismo		
4.Outros		

## 8. EXAME O.R.L.

	L.D.		L.E.	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1.Audição a 5 m sem alterações				
2.Sinusite / Otite / Outros				

## 9. EXAME ESTOMATOLÓGICO

	SIM	NÃO
1.Sem cárie / Cárie tratada / Faltas / Prótese		
2.Cáries não tratadas		

## 10. EXAME DO ABDOMÉN

	SIM	NÃO
1.Organomegalia / Hérnias		
2.Outros. Quais?		

## 11. EXAME GÉNITO-URINÁRIO

	SIM	NÃO
1.Menarca (idade )		
2.Alterações do ciclo menstrual		
3.Outros		

## 12. EXAME CÁRDIO-CIRCULATÓRIO E RESPIRATÓRIO

	SIM	NÃO
1.Pulso radial   (Simétricos, palpáveis e sincronos)		
Pulso femoral   (Simétricos, palpáveis e sincronos)		
2.Auscultação cardíaca normal		
3.Auscultação pulmonar normal		
4.Frequência cardíaca		min
5.Pressão arterial		mmHg

## 13. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

	SIM	NÃO
1.E.C.G. normal		
2.Radiografia do tórax normal (Data )		
3.Outros		

Observações

## AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRECTO SEPA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Associação Naval de Lisboa - Secção de Vela e Motonáutica (ANL), a enviar instruções ao seu Banco para debitar na sua conta, de acordo com as instruções da ANL. Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu Banco o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu Banco. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Todos os campos do devedor são obrigatórios, bem como a data e a assinatura.

### IDENTIFICAÇÃO DO DEVEDOR

Nome do Devedor

Morada

Código Postal

 - 

Localidade

País

Número da Conta - IBAN

P	T	5	0																	
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Modalidade de pagamento

Mensal

BIC SWIFT

### VELEJADOR(S) EM ATIVIDADE

Nome completo do 1º Velejador

Nº de Sócio

Nome completo do 2º Velejador

Nº de Sócio

Nome completo do 3º Velejador

Nº de Sócio

Nota: o Nº de Sócio é preenchido pela secretaria do clube

### IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR

Nome do Credor

Associação Naval de Lisboa

Morada

Doca de Belém

Código Postal

 1400 -  038

Localidade

 Lisboa

País

 Portugal

### AUTORIZAÇÃO DO DEVEDOR

Localidade

Data

 /  / 

Assinatura