



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

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

DECISÃO MÉDICA
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



APCIO
Associação Portuguesa
da Classe Internacional
OPTIMIST

Declaração de Responsabilidade

Para os devidos efeitos, declaro que autorizo o meu educando, _____, nascido a ___/___/_____, número de Identificação _____ e licença desportiva nº _____, a inscrever-se como sócio da **APCIO – Associação Portuguesa da Classe Internacional Optimist**.

_____, ____ de _____ de _____.

(assinatura)

Dados do Encarregado de Educação

Nome: _____

Nº de Identificação: _____

Telefone: _____

Email: _____

