FICHA PARA INSCRIÇÕES NO EXAME MÉDICO-DESPORTIVO

Nome do Clube/Associação Desportiva: _____

_____

Contacto: _____ E-mail: _____

Data de Nascimento	Nome do atleta	Escalão	Data do Último Exame	1º Exame?

O responsável pelo Clube/Associação

Data ____/____/_____ **_____**