



FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE BASQUETEBOL

SUBIDA DE ESCALÃO ETÁRIO

Nome Jogador(a)			
Licença Nr			
Escalão Actual		Escalão Subida	
Clube			

Declararam reconhecer as assinaturas do Detentor Paternal do Jogador(a) e do Médico

Data ____ / ____ / ____
(aaaa/mm/dd)

(Assinatura do diretor e carimbo do clube)

AUTORIZAÇÃO DETENTOR PATERNAL DO(A) JOGADOR(A) MENOR DE IDADE

Nome			
Parentesco	Pai	Mãe	Tutor

Declaro que autorizo a referida subida de escalão

Data ____ / ____ / ____
(aaaa/mm/dd)

(Assinatura)

DECLARAÇÃO MÉDICA

Nome Médico	
-------------	--

Declaro que o(a) jogador(a) acima referido(a), tem ficha médica devidamente actualizada e reúne todas as condições para a solicitada subida de escalão.

Conforme resultado do exame clínico a que procedi.

Data ____ / ____ / ____
(aaaa/mm/dd)

(Vinheta e Assinatura do Médico)