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

Declaram 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)