



Ficha Médica do Atleta

Atividade: _____ Validade: ____ / ____ / ____

Nome: _____ sócio nº _____

Sexo: F/ ____ M/ ____ Estado civil: _____

Naturalidade: _____

Antecedente Familiar:

Antecedente Pessoal: (Traumas psicológicos / físicos)

Vacina: _____

Alergia: _____

Medicamentos usados sistematicamente: _____

Outras observações: _____

Exame Físico

Peso (Kg): _____ Estatura: _____ Pulso: _____

Pressão arterial: _____ Tipo sanguíneo _____

Pele, pêlos, fâneas: _____

Olhos, ouvidos, nariz, garganta, boca: _____

Aparelho cardiovascular: _____

Abdômen: _____

Aparelho locomotor: _____

Sistema Nervoso: _____

Exame Laboratorial

Conclusão médica

Considera o atleta apto a prática esportiva ?

☐

Sim

☐

Sim, com restrições (especificadas abaixo)

Médico (assinatura e carimbo)

Data ____ / ____ / ____