



COMPROVATIVO DE APTIDÃO FÍSICA PARA ATLETAS

(Este documento fica em poder dos Clubes)

Para os devidos efeitos, eu (nome) _____

Portador(a) (B.I./CC, nº) _____, válido até, ___/___/___, e
NIF _____, com a Licença F.P.T. nº(*) _____,
nascido em ___/___/___, declara que é regularmente examinado pelo
médico de família, e que não tem qualquer contra-indicação à prática do
ténis, conforme exame médico desportivo (impresso que pode ser obtido
em http://www.idesporto.pt/ficheiros/file/modelo_v0_9.pdf), que se
compromete a apresentar quando for solicitado.

Data: ___/___/___

Assinatura do Atleta

No caso de ser menor,

Nome do Encarregado de Educação:

Assinatura

N.º CC _____

NOTA: Exame médico para prática desportiva - instituído pelo Despacho n.º 25357/2006, de 28-11-2006, publicado no Diário da República n.º 238, de 13-12-2006) — e avaliação médico-desportiva nos termos e para os efeitos do estipulado na Lei da Atividade Física e do Desporto (Lei nº 5/2007, de 16 de Janeiro), no Regime Jurídico das Instalações Desportivas (Decreto-Lei nº 385/99, de 28 de Setembro), no Regime Jurídico da Avaliação Médico Desportiva (Decreto-Lei nº 345/99, de 27 de Agosto), no Regime Jurídico da Medicina do Desporto (Decreto-Lei nº 119/99, de 11 de Agosto) e no Regulamento da Licença da FPT (AG de 25 de Outubro de 2005)"