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

Declaram reconhecer as assinaturas do Encarregado de Educação e do Médico

 Data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(aaaa/mm/dd)* (Assinatura e selo branco ou carimbo a óleo)

**AUTORIZAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Enc Educação |  |
| Parentesco |  |

Declaro que autorizo a referida subida de escalão

 Data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(aaaa/mm/dd)* (Assinatura do Encarregado de Educação)

**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)