

## CERTIFICADO MÉDICO



Torneio \_\_\_\_\_

Prova nº \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_

Nome do jogador \_\_\_\_\_

Histórico da lesão

Data do exame: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Diagnóstico

Sugestão de tratamento inicial

Como resultado do meu exame, e no meu julgamento médico, o jogador acima descrito:

Sofre de uma lesão ou doença, diagnosticada acima, não podendo por isso competir em nenhuma prova oficial de:  até:

Está apto a competir em provas oficiais

Médico ou Fisioterapeuta

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Especialidade \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Jogador

Eu, entendo e percebo o meu diagnóstico e sugestões de tratamento

Assinatura \_\_\_\_\_

Juiz Árbitro

A informação contida neste formulário será por mim enviada para a Federação Portuguesa de Ténis

Assinatura \_\_\_\_\_