



# Boletim Médico

(de acordo com o Anexo L do CDI - Capítulo II)

**NOTA: O Boletim Médico não pode ter mais de 3 meses de validade na altura do pedido de licença**

Nome							Última Licença FPAK			
Morada										
Localidade				Código Postal			Data de Nascimento			
Nacionalidade				Email						
NIF			CU/SNS			BI/CC/Passaporte			Validade	
			Vacinas	Sim	Não	Vacina antitetânica/Validade				
Lic. Condução			Validade			C/ Restrições		Códigos		

<b>CONCLUSÃO /RESULTADO</b>	<b>Vinheta Obrigatória</b>
Após exame de avaliação e face aos resultados obtidos, declaro que o praticante desportivo, se encontra Apto para a prática do desporto automóvel, de acordo com as normas da FIA e FPAK, Sem Restrições, Com Restrições	
Quais? _____	
Nome de Médico: _____ C P N°. _____ Data: ___/___/_____ Assinatura: _____	

Cortar pelo picotado e enviar este cabeçalho para a FPAK. A restante informação é confidencial e fica c/ o atleta

1.	DECLARAÇÕES PESSOAIS	SIM <sup>1</sup>	NÃO	ANO <sup>2</sup>
1	Esteve hospitalizado?			
2	Foi operado?			
3	Perdas de consciência?			
4	Epilepsia?			
5	Teve alguma lesão no desporto? Qual?			
6	Hábitos Alcoólicos?			
7	Hábitos Tabagísticos?			
8	Consumo de Narcóticos / Estimulantes / Outras substâncias			
9	Toma regularmente algum medicamento? Qual			
10	Doenças Alérgicas?			
11	Asma, Pneumotórax, Tuberculose, outras doenças pulmonares?			
12	Doenças do Aparelho Digestivo?			
13	Doenças do Coração?			
14	Doenças Renais?			
15	Doenças Ósseas (Coluna, Articulações)?			
16	Diabetes?			
17	Doenças do Sangue?			
18	Doenças Mentais?			
19	Doenças de Pele?			
20	Teve alguma doença que não foi aqui mencionada? Qual?			
21	É portador de doença crónica (diabetes, hipertensão, outra, descompensada)			
22	É portador de alguma deficiência física/motora (congénita e/ou adquirida) <sup>3</sup>			
23	Desportos motorizados: Tem alguma restrição na licença de condução?			
24	Já fez um Exame Médico Desportivo?			
25	Resultado do Exame Anterior?			
26	Descrever as questões referidas em 20, 21, 22 e 23 e enviar relatórios que comprovem os seus problemas:			

1) Caso assinale sim, é obrigatório assinalar o ano;

2) Nome tem de ser colocado na pág.2;

3) Deficiência congénita, quando surge desde a nascença; adquirida, quando resultou de doença ou lesão traumática

### O titular deste boletim declara, por sua honra:

- 1) Que as informações prestadas, à data, são verdadeiras e exatas, quanto ao seu estado físico, neuro sensorial e psíquico.
- 2) Que se compromete, a não fazer uso de drogas ilícitas e/ou métodos proibidos, pela FPAK, ADOp (Agência Antidopagem Portugal) e WADA (Agência Mundial Antidopagem).
- 3) Compromisso de informar a Direção Clínica da FPAK, caso surja algum problema de saúde após a realização deste Exame Médico, que ponha em causa a segurança dos praticantes e/ou público em geral

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Assinatura (conforme CC): \_\_\_\_\_

