**Federação Paranaense de Futebol de Salão**

**======================================================================================**

**Rua M arechal Deodoro, 869 - 15º Andar - Conjuntos 1505/06 - CEP: 80.060-010**

**Fone/Fax: 041 3233-4571 - Curitiba - PR**

**Site Oficial:** [**www.futsalparana.com.br**](http://www.futsalparana.com.br/) **- E-mail:** **fpfs@futsalparana.com.br**

**Atestado Médico**

**Declaro que os atletas e membros de comissão técnica, da equipe do (da) ..........................................................................................., participante do “Campeonato Paranaense Sicredi Série Prata, temporada 2020, listados abaixo, foram submetidos à avaliação médica pré-participativa em esporte. Ao passo que estão sendo acompanhados periodicamente, seguindo protocolo definido pelo clube.**

**Baseado nisso, atesto que não foram encontradas contraindicações clínicas ou cardiovasculares formais a prática de Futsal competitivo na temporada 2020, tendo este atestado validade de 07 (sete) dias.**

**Atletas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **CPF** | **Apto** | **Inapto** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Comissão Técnica**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Função** | **CPF** | **Apto** | **Inapto** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Atenciosamente,**

**Assinatura do presidente/representante credenciado do clube:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura e carimbo do médico responsável:**

 **\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM: UF \_\_\_\_\_ Número**

**Data da emissão do atestado: / /**