



## FORMULÁRIO DE SAÚDE

ATLETA: \_\_\_\_\_ DATA NASC.: \_\_\_\_\_

O Departamento de Saúde da Confederação Brasileira de Judô solicita gentilmente o preenchimento:

1. O atleta apresentou alguma lesão nos últimos 30 dias?  
 Não  Sim – Especificar:
2. O atleta está em algum tratamento médico ou fisioterapêutico no momento?  
 Não  Sim – Especificar:
3. Está em uso de algum medicamento?  
 Não  Sim – Especificar:
4. Em uso de algum suplemento alimentar?  
 Não  Sim – Especificar:
5. O atleta deixou de participar de algum treinamento nos últimos 15 dias?  
 Não  Sim – Especificar:
6. O atleta encontra-se nesse momento com alguma restrição física para treino ou competição?  
 Não  Sim – Especificar:
7. Em uso de algum dispositivo (bandagem, órtese...) para participação nas atividades?  
 Não  Sim – Especificar:
8. O atleta encontra-se apto para treino ou competição?  
 Não  Sim – Especificar:

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Profissional de Saúde

Assinatura com Registro Profissional

\_\_\_\_\_  
Técnico Responsável

\_\_\_\_\_  
Atleta ou Responsável Legal

Com intuito de manter a comunicação durante a convocação e devolutiva do atleta ao clube, solicitamos que seja informado abaixo o contato de referência da área de saúde do clube/academia para as devidas tratativas:

NOME:

FUNÇÃO:

E-MAIL: