



# FEDERAÇÃO PAULISTA DE JUDÔ

Rua Airosa Galvão, 45 - São Paulo - 05002-070

Tel. 11 3862-0749 e 11 3875-2565

www.fpj.com.br - fpj@fpj.com.br



## FICHA DE INSCRIÇÃO - EXAME DE GRADUAÇÃO ADAPTADA

### Lesões Crônicas e/ou Permanentes

#### DADOS DA ASSOCIAÇÃO/CLUBE

Associação/Clube: \_\_\_\_\_

E-mail da Associação: \_\_\_\_\_

#### DADOS DO CANDIDATO

Candidato para: \_\_\_\_\_ DAN ( ) Masc. ( ) Fem. Tamanho da Faixa: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Registro na FPJudô nº: \_\_\_\_\_

Faixa atual: \_\_\_\_\_ Promovido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Zempo CBJ nº: \_\_\_\_\_

#### REQUERIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_ (professor responsável),  
da Associação/Clube \_\_\_\_\_, venho  
requerer a inscrição do(a) candidato(a) acima para o EXAME DE GRADUAÇÃO  
ADAPTADA – **Lesões Crônicas ou Permanentes** que será realizado no dia \_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, atestando que o mesmo possui idoneidade moral  
e está devidamente qualificado para a graduação pretendida.

Termos em que, pede deferimento.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Professor Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_





# FEDERAÇÃO PAULISTA DE JUDÔ

Rua Airosa Galvão, 45 - São Paulo - 05002-070

Tel. 11 3862-0749 e 11 3875-2565

www.fpj.com.br - fpj@fpj.com.br



## DADOS DA LESÃO / LIMITAÇÃO

Descrição da lesão ou condição:

---

---

CID:

---

Natureza da limitação:

- ☐ Crônica  
☐ Permanente  
☐ Sequela de lesão  
☐ Sequela de procedimento cirúrgico  
☐ Outra:

---

Região corporal afetada:

---

Descrição da limitação funcional para a realização do exame:

---

---

---

Há alguma técnica ou movimento que deva ser evitado por recomendação médica?

☐ Não      ☐ Sim

Se sim, qual(is)?

---

Adaptação solicitada para o exame, se aplicável:

---

---

---

---



# FEDERAÇÃO PAULISTA DE JUDÔ

Rua Airosa Galvão, 45 - São Paulo - 05002-070

Tel. 11 3862-0749 e 11 3875-2565

www.fpj.com.br - fpj@fpj.com.br



**Laudo/Relatório Médico anexado:** ( ) Sim ( ) Não

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ Data do Laudo: \_\_\_\_\_

## PARECER DO DELEGADO REGIONAL

Quanto à inscrição solicitada sou de parecer: ( ) Favorável ( ) Contrário

Justificativa (quando não estiver de acordo): \_\_\_\_\_

Assinatura do Delegado Regional da \_\_\_\_ª Delegacia \_\_\_\_\_

Local/ Data: \_\_\_\_\_

## PARECER

### Comissão de Análise para Exames de Graduação Adaptados

Quanto à inscrição solicitada sou de parecer: ( ) Favorável ( ) Contrário

Justificativa (quando não estiver de acordo): \_\_\_\_\_

Assinatura Resp Avaliação \_\_\_\_\_

Local/ Data: \_\_\_\_\_

## USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA DA FPJ

Anuidade: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Carência: \_\_\_\_\_ Shiai: \_\_\_\_\_

Cursos: \_\_\_\_\_ Atividades Gerais: \_\_\_\_\_

Ensino/Difusão: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Conferido por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

