



# DECLARAÇÃO MÉDICA

Nome do aluno - \_\_\_\_\_

Morada - \_\_\_\_\_

Data de nascimento (dia/mês/ano) - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do pai - \_\_\_\_\_

Nome da mãe - \_\_\_\_\_

O médico Dr. \_\_\_\_\_, com o nº \_\_\_\_\_, certifica que o aluno cujos dados figuram nesta declaração, com o nome acima mencionado, está \_\_\_\_\_ (apto ou não apto) para a prática de actividades desportivas, especificamente a modalidade de futebol.

\_\_\_\_\_, em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O Médico

\_\_\_\_\_

(Assinatura e Vinheta)