



FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE TODO O TERRENO TURÍSTICO

BOLETIM MÉDICO

ANO DE _____

Nome Completo	

Domicílio Oficial	

Localidade	Código Postal
_____	_____ - _____
Nacionalidade	Bilhete de Identidade N°
_____	_____

O detentor deste boletim declara:

1º. Que deu informações exactas quanto ao seu estado psíquico e físico presente e passado

2º. Que se compromete a não fazer uso de drogas ilegais

(Assinatura)

Grupo Sanguíneo	Vacinação Antitetânica
RH	/ /

EXAME VISUAL

Correcção visual obrigatória

SIM

NÃO

Visão das cores _____

Campo visual _____

EXAME ORTOPÉDICO

Ossos:

Deformidades

Fracturas anteriores

Articulações:

Mobilidade:

EXAME CARDIOVASCULAR

Cardiopatias Congénitas

Valvulopatias Adquiridas

Isquémia Coronária

EXAME NEUROLÓGICO

AFECÇÕES INCOMPATÍVEIS COM A COMPETIÇÃO AUTOMÓVEL

Diabetes exigindo tratamento

Outras doenças endócrinas

Epilepsia

Doenças Cardiovasculares

Limitações funcionais

Face ao exame efectuado, declaro que, o detentor se encontra apto para a prática da modalidade “Trial Aventura” em provas de Competição.

Data ___ / ___ / _____

O Médico _____

Nº Cédula Profissional _____