



FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE BASQUETEBOL

PEDIDO DE SUBIDA DE ESCALÃO ETÁRIO

Ex.mo Sr. Presidente da F.P.B.

Nome/Jogador _____ N.º Licença _____

Escala Actual _____ Escala Futuro _____

Clube _____

Declararam reconhecer as assinaturas do Médico e Encarregado de educação.

Data ____/____/____

(Assinatura e selo branco ou carimbo a óleo)

AUTORIZAÇÃO

Nome/Enc. Educação _____

Parentesco _____

Declaro que autorizo a referida subida de escala.

Data ____/____/____

(Assinatura do Encarregado de Educação)

DECLARAÇÃO MÉDICA

Nome/Médico _____

Declaro que o jogador acima referido, tem ficha médica devidamente actualizada e reúne todas as condições para a solicitada subida de escala.

Conforme resultado do exame clínico a que procedi.

Data ____/____/____

(Assinatura do Médico)

Recebido na Associação em ____/____/____ Com. _____	Enviado à F.P.B. em ____/____/____ _____	Recebido na F.P.B. em ____/____/____ Com. _____
---	--	---