

**Por favor "RELLENAR Y ENVIAR" el FORMULARIO DE CAPACIDAD MÉDICO-DEPORTIVO**

del participante a la "Escola Fútbol CBF-EBF" en Brasil antes por e-mail a: [secretaria@scuolacalcio brasil.com](mailto:secretaria@scuolacalcio brasil.com) y luego devolver por correo junto con todos los documentos originales (tales como el contrato firmado con las condiciones establecidas, los certificados médicos y todos los datos completos de cada participante etc.) **y por favor presten atención al hecho de que:**

-- **Todos los grupos y los clubes de fútbol en América Latina**, debe enviar toda la documentación a la **empresa en Brasil** cuyo nombre y dirección es: **Brasil Events/DTM** - Rua Gastão Formenti, 2605/104 - 22630-080 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - **Brasil** **Telef. (+55) 21 3521 8071**

-- **Todos los grupos y los clubes de fútbol en Europa**, debe enviar toda la documentación a la sucursal en **Italia**, cuyo nombre y dirección es: **Brasil Events/DTM** - V.le Toscanini 23 - Cap 20093 - Cologno Monzese (Milano) **Italia** **Telef. (+39) 02 4795 6901** **Fax (+39) 178 278 2006**

**CERTIFICADO MÉDICO**

(a llenarse por el médico deportivo o de familia)

Nombre completo del participante:				Sexo (M) (F)
Dirección:		Ciudad:		Edad ( )
Fecha de nacimiento:	Altura: cm.	Peso: Kg.	Presión arterial:	*
Grupo sanguíneo:	*	*	*	*
Nota - Aspecto morfológico (biotipos):	Brevilíneo ( )	Normolíneo ( )	Longilíneo ( )	*
¿De qué tamaño es tu camiseta de fútbol?	¿Cuál es su medida de sus pantalones cortos?			

**El participante:**

1) Practica el fútbol ( ) o las actividades deportivas ( )		Constantemente ( ) o		Esporádicamente ( )	
2) Cuál es su posición:	Portero ( )	Defensor ( )	Atacante ( )	Centro Campista ( )	Otro ( )
3) Usa lentes o lentes de contacto?		Sí ( ) No ( )	4) Se hizo, o va a hacerse, alguna cirugía?		Sí ( ) No ( )
4.a) Cuales:					
5) Sufre de alergias?		Sí ( ) No ( )	5.a) Cuales:		
6) Está bajo tratamiento farmacológico o fisioterapéutico?			Sí ( ) No ( )	6.a) Cuales:	
7) Necesita algún farmacéutico especial?		Sí ( ) No ( )	Cuales:		
8) Es alérgico a algún fármaco?		Sí ( ) No ( )	Cuales:		
9) Sigue una dieta restringida?		Sí ( ) No ( )	Cuales:		
10) Es vegetariano?		Sí ( ) No ( )			
11) Hasta la fecha, cuales vacunas ha recibido?					
Poliomielitis	Sí ( ) No ( )	Difteria	Sí ( ) No ( )	Tétanos	Sí ( ) No ( )
Rubéola	Sí ( ) No ( )	Varicela	Sí ( ) No ( )	Sarampión	Sí ( ) No ( )
Angina pectoris	Sí ( ) No ( )	No( )	Sí( )	No( )	Sí( )
12) Otras observaciones:					

**Nota 1:** <<Autorizo el empleo de los datos personales anteriores en los trámites de la organización técnica para el fin específico de la participación en la Escuela Fútbol Brasil. Todos los datos anteriores no se proporcionarán a ningún tercero y se conservarán como previsto dentro de las normas de privacidad y la conservación de datos personales>>.

**Nota 2:** <<El presente formulario podría ser remplazado por los formularios ya empleados por los médicos, dado el caso que significa que el participante goza de buena salud física y está apto para participar en la mencionada escuela deportiva>>.

**DECLARACIÓN**

El suscrito, Dr. \_\_\_\_\_, con cédula de médico No. \_\_\_\_\_ que por medio de la consulta médica, los documentos que posee el participante, la información recogida arriba, confirma la capacidad del mismo para la práctica de actividades deportivas y/o de fútbol.

Fecha y Lugar: \_\_\_\_\_

Firma y sello: \_\_\_\_\_

Firma del participante \_\_\_\_\_