





# Brazil International Kung Fu Championship Tournament

São Paulo - Brasil



---

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do atleta), confirmo que preenchi o questionário de histórico médico de forma correta e verdadeira, de acordo com todo o conhecimento que tenho disponível.

Além disso, eu entendo e concordo que ao participar da categoria de Kuoshu e/ou Kuoshu Light é preciso fornecer este questionário e os resultados de avaliação médica para a equipe organizadora do evento.

Eu libero Gabriel Pires de Amorim, a TSKF Academia de Artes Marcias, seus sócios, agentes, representantes e todos os outros integrantes relacionados de qualquer responsabilidade devido a qualquer divulgação de minha condição médica.

Além disso, isento os supra citados acima de qualquer responsabilidade sobre ferimentos ou qualquer outro tipo de lesão que possa ocorrer no evento.

---

Assinatura do atleta

---

Data



# Brazil International Kung Fu Championship Tournament

São Paulo - Brasil



## Parte B: Avaliação Física (a ser preenchido por um médico de confiança)

Nome do Atleta \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Pulsação \_\_\_\_\_ Pressão \_\_\_\_/\_\_\_\_

### Exame Físico

	Normal	Anormalidades encontradas
Cabeça, Ouvido, Olhos, Nariz e Garganta		
Pulmão		
Coração		
Abdome		
Pele		
Músculos		
Esqueleto		
Sistema Neurológico		

Condições médicas pertinentes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Brazil International Kung Fu Championship Tournament

São Paulo - Brasil



## Liberação

Liberado

Não Liberado \_\_\_\_\_

Eu certifico nesta data que examinei o atleta e, com base neste exame e seu histórico médico fornecido, não encontrei razão que possa impedir sua participação na competição de luta Kuoshu / Kuoshu Light.

\_\_\_\_\_  
Nome do medico

\_\_\_\_\_  
Data

Assinatura do medico:

\_\_\_\_\_  
Endereço e contato telefônico do medico

Carimbo do médico: