



Nome ⁽¹⁾	
---------------------	--

(1) Repetir o nome do requerente no cabeçalho da 2ª folha

Morada	
--------	--

Localidade		Cod. Postal		Data de Nascimento			
------------	--	-------------	--	--------------------	--	--	--

Localidade Postal		Nacionalidade	
-------------------	--	---------------	--

E-mail		B.I./C.C./Passaporte		Validade			
--------	--	----------------------	--	----------	--	--	--

Grupo Sanguíneo		Rh	
-----------------	--	----	--

Vacinação Antitetânica			
------------------------	--	--	--

Inoculação	
------------	--

1.	DECLARAÇÕES PESSOAIS	SIM	NÃO	ANO
1	Esteve hospitalizado?			
2	Foi operado?			
3	Perdas de consciência?			
4	Epilepsia?			
5	Teve alguma lesão no desporto? Qual?			
6	Hábitos Alcoólicos?			
7	Hábitos Tabagísticos?			
8	Consumo de Narcóticos / Estimulantes / Outras substâncias			
9	Toma regularmente algum medicamento? Qual			
10	Doenças Alérgicas?			
11	Asma, Pneumotorax, Tuberculose, outras doenças pulmonares?			
12	Doenças do Aparelho Digestivo?			
13	Doenças do Coração?			
14	Doenças Renais?			
15	Doenças Ósseas (Coluna, Articulações)?			
16	Diabetes?			
17	Doenças do Sangue?			
18	Doenças Mentais?			
19	Doenças de Pele?			
20	Teve alguma doença que não foi aqui mencionada? Qual?			
21	Já fez um Exame Médico Desportivo?			
22	Resultado do Exame Anterior?			

O detentor deste boletim declara:

- 1 - Que deu informações exactas, quanto ao seu estado psíquico e físico, presente e passado.
- 2 - Que se compromete, a não fazer uso de drogas ilícitas e/ou métodos proibidos, pela Agência Mundial Antidopagem

Assinatura

Nome do Requerente ⁽¹⁾

2.	ANTECEDENTES FAMILIARES	SIM	NÃO
1	Doenças Cardiovasculares		
2	Morte Súbita		
3	Asma		
4	Diabetes		
5	Epilepsia		
6	Tumores		
7	Doenças Hematológicas		
8	Outros		
Nº de Código se SIM: Pais 1 ; Avós 2 ; Irmãos 3			

3.	ANTECEDENTES PESSOAIS	SIM	NÃO
1	Operações		
2	Perdas de Consciência		
3	Traumatismos Cranianos/Fraturas Ósseas		
4	Cardiopatias		
5	Doenças do Aparelho Digestivo		
6	Asma/Bronquite/Alergias/Renite		
7	Hepatites		
8	Diabetes		
9	Epilepsia		
10	Hábitos Alcoólico/Tabágicos		
11	Vacinas Actualizadas (Tétano/Hepatite B)		

4.	ANTECEDENTES DESPORTIVOS	SIM	NÃO
1	Já fez desporto de competição?		
2	Faz desporto regularmente?		
3	Vai retomar a actividade física?		
4	Quantos Treinos Semanais? (Nº de Horas p/Treino)		

5.	EXAME BIOMÉTRICO	MEDIDAS
1	Peso	Kg
2	Estatura	Cm

6.	EXAME ECTOSCÓPICO	NÃO	SIM
1	Desenvolvimento Normal		
2	Alteração Dermatológica/Cicatrizes		
3	Escoliose/Cifose/Lordose		
4	Dismetria dos Membros		
5	Genus Valgus/Genus Varus		
6	Pé Plano/Pé Cavo		
7	Hérnias/Varizes		
8	Outros		

7.	EXAME OFTAMOLÓGICO	DIR	ESQ
1	Acuidade Visual s/ Correção	/10	/10
2	Acuidade Visual c/ Correção (Óculos/Lentes Contacto)	/10	/10
3	Miopia/Hipermetropia/Estrabismo/Astigmatismo		
4	Visão de Cores		
5	Outros		

8.	EXAME O.R.L.	L.D		L.E	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Audição a 5 metros sem Alterações				
2	Sinusite /Otite/Outros				

9.	EXAME ESTOMATOLÓGICO	SIM	NÃO
1	Sem Cárie/Cárie Tratada/Faltas/Próteses		
2	Cáries não Tratadas		

10.	EXAME DO ABDÓMEN	SIM	NÃO
1	Organomegalia/Hérnias		
2	Outros. Quais?		

11.	EXAME GÉNITO-URINÁRIO	SIM	NÃO
1	Menarca		
2	Alterações do Ciclo Menstrual		
3	Hematuria/Proteínuria/Glicosuria		
4	Outros. Quais?		

12.	EXAME CÁRDIO-CIRCULATÓRIO E RESPIRATÓRIO	SIM	NÃO
1	Pulso Radial (Simétrico/Palpáveis/Sincronos)		
1.1	Pulso Femural (Simétrico/Palpáveis/Sincronos)		
2	Auscultação Cardíaca Normal		
3	Auscultação Pulmonar Normal		
4	E.C.G. Normal - obrigatório a partir dos 45 anos		
5	E.C.G. de esforço recomendado a partir dos 45 anos, Obrigatório p/ licenças internacionais		
6	Radiografia do Torax Normal (recomendada) - Data / /		
7	Outros		
8	Frequência Cardíaca		min.
9	Pressão Arterial		Mm Hg

OBS. (Descrição da Patologia Referenciada ou outros Exames)			
A.			
B.			
C.			
D.			
E.			
F.			
G.			
H.			

Face ao exame efectuado, declaro que, o detentor se encontra apto, segundo as normas médicas da FIA e FPAK, para a prática do Desporto Automóvel.

Data ____/____/____ Nº Cédula
 Profissional _____

Colocar Vinheta ou Carimbo



Requisição de Licença Desportiva - Praticantes 2020

Tipo				(Reservado à FPAK)	Nº				
Nome									
Pseudónimo / Designação Comercial									
Morada									
Localidade					Código Postal				
Localidade Postal				Telefone			Telemóvel		
Fax			E-mail						
Nacionalidade					País				
Carta de Condução nº				Data de Emissão					
Validade			Local de Emissão			Data Nascimento			
Localidade de Nascimento									
B.I. / C.C.			Passaporte			Data de Emissão			(Para B.I.)
Validade			Local de Emissão						
NIF			Grupo Sanguíneo		Rh		Data Vacina Antitetânica		
Data	Assinatura do requisitante						Inoculação		

PRETENDE REALIZAR PROVAS NO ESTRANGEIRO?

NÃO SIM Espanha Europa Fora da Europa

Caso tenha respondido NÃO, tomou conhecimento que o Seguro Desportivo contratado, não funciona no estrangeiro. Durante a vigência da licença desportiva, poderá solicitar a alteração do seguro contratado.

Assinatura _____

O signatário, requer para o ano de 2020, uma Licença Desportiva, do modelo oficial da FPAK, para poder tomar parte em Provas Desportivas de acordo com o CDI, e Regulamentos Desportivos Nacionais, cujas prescrições declara conhecer e se compromete a observar escrupulosamente, em especial no que diz respeito a provas não autorizadas pela FPAK, nas quais lhe é formalmente proibido tomar parte, sob pena de suspensão (Art. 1.3 e 2.1.5 do CDI). Declaro, ainda, tomar conhecimento de que, além das outras Prescrições já estabelecidas, a validade desta Licença, só se manterá desde que o seu detentor cumpra também o preceituado pelo Dec. Lei nº 44138 de 18/01/63, que determina a vacinação antitetânica, obrigatória, para os desportistas. O Titular da Licença deverá cumprir com regularidade, as normas a que devem obedecer as vacinações - estabelecidas pelas entidades competentes - não só para que se mantenha a sua validade como também a possibilidade de renovação anual. Os dados recolhidos, serão processados automaticamente e destinam-se ao relacionamento dos serviços que a FPAK mantém com os licenciados e Clubes, respectivas operações administrativas e financeiras directas ou por terceiros, entidades bancárias e seguradoras. O fornecimento dos dados desta requisição é obrigatório para a emissão de Licenças Desportivas e nos termos legais o signatário, desde que devidamente identificado, tem garantido o acesso aos seus dados e respectiva rectificação.

Valor da Licença	€	Start Permission	€	IVA	€	Total	€
Valor Seguro Obrigatório	€	Valor Seguro Facultativo	€	Total Recebido	€		
Factura/Recibo nº				Modo de Pagamento			

CURRICULUM

Nº	Ano	Prova	Classific.	Comentário
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Instruções de Preenchimento:

"A PREENCHER PELO REQUISITANTE EM LETRAS MAÍUSCULAS"

Tipo

Indicar claramente o tipo de licença pretendida.

Nome Completo

Indicar o nome do requisitante individual ou da empresa se a requisição se destinar a uma licença de concorrente colectiva.

A PREENCHER PELA FPAK

Indicar claramente a entidade onde teve origem a requisição assim como os valores cobrados

Juntar a esta Requisição:

1º - Se for a 1ª vez que requisita uma licença ou se não a tiver requisitado entre 1999 e 2019:

Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão

Carta de Condução (Quando Aplicável)

1 Fotografia - passe

Boletim Médico Anual (Caso Aplicável) - Comprovativo da data da última vacinação antitetânica e documento comprovativo do grupo sanguíneo

2º - Se foi licenciado entre 1999 e 2019:

Boletim Médico Anual (Caso Aplicável) Comprovativo da data da última vacinação antitetânica - No caso de a foto ter + de 4 anos - Foto actual.

Recebi a licença respeitante a esta requisição

_____/_____/_____

A PREENCHER PELA FPAK

Requisição conferida por _____ Emissão Autorizada

por _____ Em ____/____/_____ licença emitida em

_____/_____/_____ por _____ e enviada em ____/____/_____

por _____ Validade: ____/____/_____

Observações

Rúbrica



Declaração de Responsabilidade sobre Menores

Eu (pai) _____ abaixo assinado residente
em _____ (localidade)
_____ (Código Postal) _____ portador do B.I./C.C.
_____ emitido em (dd/mm/aaaa) _____ pelo Arquivo de Identificação
de _____ Telefone* _____ e-mail* _____

Eu (mãe) _____ abaixo assinado residente
em _____ (localidade)
_____ (Código Postal) _____ portadora do B.I./C.C.
_____ emitido em (dd/mm/aaaa) _____ pelo Arquivo de Identificação
de _____ Telefone* _____ e-mail* _____

Eu (tutor/a) _____ abaixo assinado residente
em _____ (localidade)
_____ (Código Postal) _____ portador(a) do B.I./C.C.
_____ emitido em (dd/mm/aaaa) _____ pelo Arquivo de Identificação
de _____ Telefone* _____ e-mail* _____

declaro que autorizo o (a) meu/minha filho(a) (tutelado/a) _____
_____, portador(a) do B.I./C.C. nº _____
emitido em (dd/mm/aaaa) _____, pelo Arquivo de Identificação de _____
nascido(a) em ___ de _____ de _____, a praticar automobilismo/karting (**riscar o que não se
aplicar**) e a requerer a respectiva Licença Desportiva que para o efeito seja necessária

Autorizo que, nos termos do nº 3 do Art. 31 do Decreto-Lei 38/2012 de 28 de Agosto, lhe sejam efectuados controlos de dopagem, em competição e fora de competição.

Local: _____

Data: _____ de _____ de _____

Assinatura (igual ao B.I. / C.C.)

Assinatura (igual ao B.I. / C.C.)

*obrigatório

Notas:

1. Anexar fotocópia do bilhete de identidade ou cartão de cidadão do subscritor da autorização.
2. As assinaturas quando não forem feitas na presença de um funcionário da FPAK deverão ser reconhecidas presencialmente por Notário ou Advogado.

Em vigor a partir de 06/03/2015