

INSCRIÇÕES

2023|2024

NOME ATLETA

ESCALÃO

SUB 6

SUB 8

SUB 10

SUB 12

SUB 14

SUB 16

SUB 19

SÉNIOR
MASCULINO

SÉNIOR
FEMININO

DOCUMENTOS A PREENCHER PARA:

INSCRIÇÃO

CÓPIA DO CARTÃO DE CIDADÃO DO ATLETA

FICHA DE INSCRIÇÃO

DECLARAÇÃO DE CONTROLO DE DOPAGEM

DECLARAÇÃO DE UTILIZAÇÃO E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

EXAME MÉDICO DESPORTIVO

MODO DE PAGAMENTO

ESTATUTOS E REGULAMENTO

REVALIDAÇÃO

FICHA DE INSCRIÇÃO (CNO CASO DE SE VERIFICAR A ALTERAÇÃO DE DADOS. EX. MORADA, TELEMÓVEL ENTRE OUTROS OU VALIDADE DO CARTÃO DE CIDADÃO);

DECLARAÇÃO DE CONTROLO DE DOPAGEM

EXAME MÉDICO DESPORTIVO

DECLARAÇÃO DE UTILIZAÇÃO E TRATAMENTO DE DADOS;

MODO DE PAGAMENTO.

ESCALÃO	INSCRIÇÃO	ANUIDADE		A INSCRIÇÃO INCLUI:
		ATO ÚNICO	3 PRESTAÇÕES	
FORMAÇÃO SUB 6 8 10 12 14	120€	360€	400€	SEGURO DESPORTIVO + INSPEÇÃO MÉDICA + EQUIPAMENTO DE JOGO*
PRÉ COMPETIÇÃO SUB 16 18	140€		1 - ATÉ 15 SETEMBRO = 120€ 2 - ATÉ 15 JANEIRO = 160€ 3 - ATÉ 15 ABRIL = 120€	SEGURO DESPORTIVO + INSPEÇÃO MÉDICA

- * EQUIPAMENTO DE JOGO INCLUI | CALÇÕES | MEIAS | CAMISOLA DE JOGO OFICIAL
- * DESCONTO DE IRMÃO - 10% DE DESCONTO SOBRE O VALOR DA INSCRIÇÃO
- * CAMPANHAS DE DESCONTO NÃO SÃO ACUMULÁVEIS

IBAN: PT50 00 10 0000 51550060001 47 ENVIAR O COMPROVATIVO DE PAGAMENTO PARA E-MAIL DO CLUBE.

EMAIL: administrativo@crsm.pt



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO para controlos de dopagem a jogador menor de idade

Eu, abaixo assinado (A) _____

residente em _____

portador do Cartão de Cidadão / BI / Passaporte nº _____ **emitido em** _____

pele Arquivo de identificação de _____ **enho na qualidade de Pai / Mãe / Tutor (B) do jogador,**

menor de idade, federado ou a federar (C) _____

e a inscrever pelo Clube de Rugby São Miguel declarar que autorizo que lhe sejam efectuados controlos de dopagem em

competição e fora da competição, nos termos do nº 3 do Artigo 31º da Lei nº 38/2012 de 28 de agosto.

Data _____

O(A) Declarante _____

Pelo Clube o Dirigente _____

(A) Nome do Declarante (Pai / Mãe / Tutor)

(B) Riscar o que não interessa

© Nome do jogador federado menor de idade



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO de utilização e tratamento de dados pessoais pelo Clube de Rugby São Miguel

Complexo Desportivo São João de Brito • Av. do Brasil • 1700-067 Lisboa • Portugal • +351 925 068 747 • administrativo@crsm.pt • www.rugbysaomiguel.pt

Eu _____,

(estado civil, se solteiro, indicar "solteiro, maior") _____, com o NIF: _____

, beneficiário da Segurança Social n.º _____, com Cartão de Cidadão com o n.º _____

, válido até _____, residente na Rua _____

(código postal) _____, Atleta de Rugby, inscrito no Clube de Rugby São Miguel, com

sede no Complexo Desportivo Municipal São João de Brito, Av. do Brasil, 1700-067 Lisboa, Portugal, matrícula e pessoa

coletiva com o número único 502 309 210 (de ora em diante "CRSM"), DECLARA:

1. O Atleta que dá o seu consentimento, expresso e esclarecido, ao CRSM, para que esta trate e utilize os seus dados pessoais, de forma automatizada ou não, e que são necessários para a execução das suas missões e competências, com as finalidades de gestão administrativa e organização de recursos, gestão de programas de deslocações; condução de processos disciplinares e resolução de problemas de relações e ou conflitos; celebração de apólices de seguro obrigatório, participação de acidentes ou incidentes e acionamento de seguros; manutenção e controlo do uso interno de sistemas de rede e IT; cumprimento de obrigações em matéria de legislação desportiva e ou conexas.

2. O Atleta dá, ainda, o seu consentimento, expresso e esclarecido, ao CRSM, para que esta trate e utilize os seus dados pessoais, nomeadamente e sem excluir, os relativos à sua condição atlética, física e médica, para cumprimento das obrigações legais e regulamentares junto dos Clubes e Associações Regionais que a integram, World Rugby, Rugby Europe, Instituto Português do Desporto e da Juventude, Comité Olímpico Português e outras instituições públicas ou privadas, no cumprimento de normas legais e ou regulamentares, nomeadamente e sem excluir, quanto ao cumprimento das regras antidoping, dados estes que poderão integrar publicações e ou comunicações da FPR à comunidade do Rugby, nomeadamente no seu sítio da internet e ou comunicações dirigidas aos Clubes, Equipas e responsáveis técnicos das Seleções Nacionais.

3. O Atleta, quanto aos dados específicos previstos no número anterior e relativos à sua condição atlética, física e médica, declara consentir e aceitar a divulgação dos dados específicos relativos se tem ou não alguma lesão ou impedimento, a sua natureza e qualificação e ou designação médica/clínica, o período expectável de recuperação, eventual tratamento e se está apto ou não para participar em qualquer competição nacional e ou internacional.

4. O tratamento dos dados poderá incluir a recolha, o registo, a utilização dos mesmos para as referidas finalidades, incluindo comunicações não solicitadas, a conservação, adaptação e a consulta dos dados, a eliminação ou destruição dos dados, e eventualmente a comparação ou interconexão desses dados com outros dados ou com dados tratados por outras bases de dados.



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO de utilização e tratamento de dados pessoais pela Federação Portuguesa de Rugby

Eu _____,
(estado civil, se solteiro, indicar "solteiro, maior") _____, com o NIF: _____,
beneficiário da Segurança Social n.º _____, com Cartão de Cidadão com o n.º _____,
válido até _____, residente na Rua _____,

(código postal) _____, Atleta de Rugby, inscrito na FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE

**RUGBY, pessoa coletiva de direito privado e de utilidade pública desportiva, com sede na Rua Julieta Ferrão, n.º 12, 3º Piso,
1600-131 Lisboa, matrícula e pessoa coletiva com o número único 501617523 (de ora em diante "FPR"), DECLARA:**

1. O Atleta que dá o seu consentimento, expresso e esclarecido, à FPR, para que esta trate e utilize os seus dados pessoais, de forma automatizada ou não, e que são necessários para a execução das suas missões e competências, com as finalidades de gestão administrativa e organização de recursos, gestão de programas de deslocações; condução de processos disciplinares e resolução de problemas de relações e ou conflitos; celebração de apólices de seguro obrigatório, participação de acidentes ou incidentes e acionamento de seguros; manutenção e controlo do uso interno de sistemas de rede e IT; cumprimento de obrigações em matéria de legislação desportiva e ou conexas.

2. O Atleta dá, ainda, o seu consentimento, expresso e esclarecido, à FPR, para que esta trate e utilize os seus dados pessoais, nomeadamente e sem excluir, os relativos à sua condição atlética, física e médica, para cumprimento das obrigações legais e regulamentares junto dos Clubes e Associações Regionais que a integram, World Rugby, Rugby Europe, Instituto Português do Desporto e da Juventude, Comité Olímpico Português e outras instituições públicas ou privadas, no cumprimento de normas legais e ou regulamentares, nomeadamente e sem excluir, quanto ao cumprimento das regras antidoping, dados estes que poderão integrar publicações e ou comunicações da FPR à comunidade do Rugby, nomeadamente no seu sítio da internet e ou comunicações dirigidas aos Clubes, Equipas e responsáveis técnicos das Seleções Nacionais.

3. O Atleta, quanto aos dados específicos previstos no número anterior e relativos à sua condição atlética, física e médica, declara consentir e aceitar a divulgação dos dados específicos relativos se tem ou não alguma lesão ou impedimento, a sua natureza e qualificação e ou designação médica/clínica, o período expectável de recuperação, eventual tratamento e se está apto ou não para participar em qualquer competição nacional e ou internacional.

4. O tratamento dos dados poderá incluir a recolha, o registo, a utilização dos mesmos para as referidas finalidades, incluindo comunicações não solicitadas, a conservação, adaptação e a consulta dos dados, a eliminação ou destruição dos dados, e eventualmente a comparação ou interconexão desses dados com outros dados ou com dados tratados por outras bases de dados.

EXAME MÉDICO DESPORTIVO

DATA
NOME
C.C.
D. NASCIMENTO NACIONALIDADE
MORADA
C. POSTAL LOCALIDADE TEL
CLUBE RUGBY SÃO MIGUEL MODALIDADE ESCALÃO
NOME/MÉDICO

COLAR VINHETA DO MÉDICO OU CARIMBO DA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE MEDICINA DESPORTIVA
DECISÃO MÉDICA
APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE
NÃO APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE COM / SEM RESTRIÇÕES
QUAIS
ASSINATURA DO MÉDICO
CÉDULA PROFISSIONAL Nº

------(DESTACAR PELO PICOTADO)-----

DATA
NOME
C.C.
CLUBE RUGBY SÃO MIGUEL MODALIDADE ESCALÃO
NOME/MÉDICO

DECISÃO MÉDICA
APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE
NÃO APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE COM / SEM RESTRIÇÕES
QUAIS
ASSINATURA DO MÉDICO
CÉDULA PROFISSIONAL Nº

1. DECLARAÇÕES PESSOAIS (A preencher exclusivamente pelo Atleta ou Encarregado de Educação)

	SIM	NÃO	ANO
1. Esteve internado no Hospital ou Clínica?			
2. Foi operado?			
3. Perdas de consciencia? Epilepsia?			
4. Teve alguma lesão no desporto?			
5. Hábitos alcoólicos / tabágicos?			
6. Consome narcóticos, estimulantes?(ou outras substancias)			
7. Toma regularmente algum medicamento?			
8. Doenças alérgicas?			
9. Asma, pneumotorax, tuberculose?(outras doenças pulmonares)			
10. Doenças do aparelho digestivo?			
11. Doenças do coração?			
12. Doenças renais?			
13. Doenças ósseas (coluna ou articulações)?			
14. Diabetes			
15. Doenças do sangue?			
16. Doenças mentais?			
17. Doenças da pele?			
18. Teve alguma doença aqui não mencionada?			
19. Já fez um exame médico desportivo?			
20. Resultado do exame anterior:			

Confirmo as declarações por mim efetuadas.

Data

Assinatura (o próprio, com idade igual ou superior a 18 anos, ou Encarregado de Educação)

(A preencher pelo médico)

2. ANTECEDENTES FAMILIARES

	SIM	NÃO	*
1.D. Cardiovasculares (miocardiopatias, D. coronária, etc.)			
2.Hipertensão arterial			
3.Morte súbita			
4.Asma			
5.Diabetes			
6.Epilepsia			
7.Tumores			
8.Doenças hematológicas			
9.Outros			

*Preencha nº de código se a resposta for SIM; Pais 1 / Avós 2 / Irmãos 3

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

	SIM	NÃO
1.Cirurgias		
2.Perdas de consciência		
3.Traumatismos cranianos ou fraturas ósseas		
4.Palpitações, dispneia, dor torácica, lipotimia		
5.Cardiopatias		
6.Hipertensão arterial		
7.Doenças do aparelho digestivo		
8.Asma bronquial, alergias, rinite		
9.Hepatites		
10.Diabetes		
11.Epilepsia		
12.Hábitos alcoólicos/tabágicos		
13.Vacinas atualizadas (Tétano, Hepatite B)		
14.Outros		

4. ANTECEDENTES DESPORTIVOS

	SIM	NÃO
1.Já fez desporto federado?		
2.Vai retomar a atividade física?		
3.Faz desporto regularmente?		
4.Quantos treinos semanais?		

5. EXAME BIOMÉTRICO

1.Peso		kg
2.Estatura		cm

6. EXAME ECTOSCÓPICO

	SIM	NÃO
1.Desenvolvimento normal		
2.Alterações dermatológicas / Cicatrizes		
3.Escoliose / Cifose / Lordose		

	SIM	NÃO
4.Dismetria dos membros		
5.Genus valgus / Genus varus		
6.Pé plano / Pé cavo		
7.Varizes		
8.Outros		

7. EXAME OFTALMOLÓGICO

	DIR	ESQ
1.Acuidade visual sem correção	/10	/10
2.Acuidade visual com correção	/10	/10
3.Miopia / Hipermetropia / Estrabismo / Astigmatismo		
4.Outros		

8. EXAME O.R.L.

	L.D.		L.E.	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1.Audição a 5 m sem alterações				
2.Sinusite / Otite / Outros				

9. EXAME ESTOMATOLÓGICO

	SIM	NÃO
1.Sem cárie / Cárie tratada / Faltas / Prótese		
2.Cáries não tratadas		

10. EXAME DO ABDOMÉN

	SIM	NÃO
1.Organomegalia / Hérnias		
2.Outros. Quais?		

11. EXAME GÉNITO-URINÁRIO

	SIM	NÃO
1.Menarca (idade)		
2.Alterações do ciclo menstrual		
3.Outros		

12. EXAME CÁRDIO-CIRCULATÓRIO E RESPIRATÓRIO

	SIM	NÃO
1.Pulso radial (Simétricos, palpáveis e sincronos)		
Pulso femoral (Simétricos, palpáveis e sincronos)		
2.Auscultação cardíaca normal		
3.Auscultação pulmonar normal		
4.Frequência cardíaca		min
5.Pressão arterial		mmHg

13. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

	SIM	NÃO
1.E.C.G. normal		
2.Radiografia do tórax normal (Data)		
3.Outros		

Observações