



## FORMULÁRIO DE RECLASSIFICAÇÃO DE ATLETAS

**Orientações:** **1)** Este formulário deve ser preenchido com as informações do atleta e pelo responsável da equipe; **2) Um laudo médico deve ser entregue junto a este documento;** **3)** O técnico da equipe deverá indicar a proposta da nova classe do atleta e assinar a indicação no campo apropriado; **4)** Este formulário deve ser preenchido e assinado pelo técnico e pelo atleta **5)** As informações solicitadas neste formulário são para confirmar os **Critérios Mínimos de Deficiência** com relação a um novo episódio ou doença que possa ter influenciado na Classe Esportiva Funcional do atleta determinada anteriormente.

### INFORMAÇÕES DO(A) ATLETA:

NOME COMPLETO (SEM ABREVIÇÕES):

DATA DE NASCIMENTO (DD/MM/AAAA):

NÚMERO DO CPF:

NÚMERO DO RG:

EQUIPE ATUAL:

SEXO:

MASCULINO

FEMININO

### DESCREVER A CONDIÇÃO DE SAÚDE / DIAGNÓSTICO DA DEFICIÊNCIA / CID 11:

### CONSEQUÊNCIA DA DEFICIÊNCIA CONFORME CÓDIGO DE CLASSIFICAÇÃO DO IPC:

ATAXIA

ATETOSE

HIPERTONIA

DEFICIÊNCIA OU PERDA DE MEMBRO

DIFERENÇA NO COMPRIMENTO DO MEMBRO (MÍNIMO DE 6 CENTÍMETROS)

FORÇA MUSCULAR AFETADA

AMPLITUDE ARTICULAR AFETADA



**A CONDIÇÃO DE SAÚDE É:**

PERMANENTE

ESTÁVEL

PROGRESSIVA

CONGÊNITA

ADQUIRIDA EM \_\_\_\_\_

**PREENCHIMENTO PELO TÉCNICO DA EQUIPE:**

NOVA CLASSE PROPOSTA:

NOME DE QUEM PROPÔS A CLASSE:

ASSINATURA DO PROPONENTE DA NOVA CLASSE:

**SUCINTA JUSTIFICATIVA PARA ALTERAÇÃO DA CLASSE:**

**PREENCHIMENTO PELO(A) ATLETA:**

Certifico que as informações acima mencionadas estão corretas.

Permito o armazenamento dos meus dados pela FCBCR, desde que em ambiente seguro.

Permito o compartilhamento destes dados pela FCBCR para a CBBC.

Permito que a FCBCR utilize estes dados para determinar a minha elegibilidade e status de classe.

Permito ser avaliado pelos classificadores da FCBCR.

DATA (DD/MM/AAAA):

ASSINATURA DO(A) ATLETA OU RESPONSÁVEL LEGAL: