

## ATESTADO MÉDICO

ATLETA:

---

Atesto que o Atleta acima qualificado foi por mim examinado, estando em perfeitas condições físicas e mentais para participar da **SELETIVA NACIONAL SUB 18 (2017)**, na Cidade de Porto Alegre – RS, no período de 08 a 10 de dezembro de 2017.

Rio de Janeiro, -----.

---

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



Federação de Judô do Estado do Rio de Janeiro  
[www.judorio.org.br](http://www.judorio.org.br)

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE

ATLETA:

---

PAI:

---

MÃE:

---

Autorizo o Atleta acima qualificado a participar da **SELETIVA NACIONAL SUB 18 (2017)**, de Porto Alegre – RS, no período de 08 a 10 de dezembro de 2017, ao mesmo tempo declara ter pleno conhecimento do Regulamento e das Regras do referido Campeonato.

Por fim, isento a Confederação Brasileira de Judô e a Federação de Judô do Estado do Rio de Janeiro, por quaisquer acidentes que ocorram durante a viagem e a realização do Evento.

Rio de Janeiro, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017.

---

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL