



Anexo 1

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO SELETIVA SUB-18 SESI-SP 2021

NOME (ATLETA): _____

RG: _____ CPF: _____ TELEFONE: _____

EMAIL: _____

NOME (MÃE OU RESPONSÁVEL LEGAL): _____

RG: _____ CPF: _____ PROFISSÃO: _____

TELEFONE: _____

NOME (PAI OU RESPONSÁVEL LEGAL): _____

RG: _____ CPF: _____ PROFISSÃO: _____

TELEFONE: _____ ENDEREÇO: _____

ACADEMIA / ASSOCIAÇÃO / CLUBE: _____

NOME PROFESSOR RESPONSÁVEL (SENSEI): _____

TELEFONE: _____ EMAIL: _____

Local: _____, ____ / ____ / ____ .

Assinatura do responsável legal
(reconhecer firma)



Anexo 2

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE

ATLETA: _____

PAI: _____

MAE: _____

Ou RESPONSÁVEL LEGAL: _____

Autorizo o (a) menor acima qualificado (a) a participar da **SELETIVA SUB-18 DO SESI-SP 2021**, a ser realizada na cidade de Bauru – SP, no período de **10/12 a 18/12/2020**, ao mesmo tempo declaro ter pleno conhecimento do Regulamento e das Regras da referida seletiva, por fim isento o Sesi – SP por quaisquer acidentes que ocorram durante a realização do evento.

Local: _____, ____ / ____ / ____ .

Assinatura do responsável legal
(reconhecer firma)



Anexo 3

ATESTADO MÉDICO

ATLETA: _____

Atesto que o (a) atleta acima qualificado (a) foi por mim examinado (a) estando em perfeitas condições físicas e mentais para disputar a **SELETIVA SUB-18 SESI-SP 2021**, a ser realizada na cidade de **Bauru – SP**, no período de **10/12 a 18/12/2020**.

Local: _____, ____ / ____ / ____ .

Assinatura e carimbo do médico



Anexo 4

ANAMNESE – QUESTIONÁRIO DE SINTOMAS DE COVID-19

1. Algum Médico já disse que você possui problema de coração e, que só deveria realizar atividades físicas supervisionado por profissional da saúde.
() Sim () Não
2. Você sente dores no peito quando pratica atividades físicas?
() Sim () Não
3. No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividades físicas?
() Sim () Não
4. Você apresenta desequilíbrio devido á tontura e/ ou perda de consciência?
() Sim () Não
5. Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?
() Sim () Não
6. Já teve alguma lesão decorrente a pratica do judô?
() Sim () Não / se Sim qual? _____
7. Já passou por alguma cirurgia?
() Sim () Não / se Sim qual? _____
8. Você toma algum medicamento?
() Sim () Não / se Sim para que? _____
9. Você possui alguma alergia?
() Sim () Não / se Sim para que? _____
10. Assinale se está sentindo alguns destes sintomas ou teve nos últimos 15 dias:
() febre () dor muscular () tosse seca () dor no peito () falta de ar () fraqueza
() dor de cabeça () dor de garganta () náuseas () diarreia () perda de olfato
() perda de paladar.
11. Você teve contato com alguém com os sintomas acima nos últimos 15 dias ou que tenha dado positivo para o Covid-19?
() Sim () Não
12. Você realizou testagem para o Covid-19
() Sim () Não / se Sim qual o resultado? _____



Anexo 4

Declaro que estou ciente do meu bom condicionamento físico e mental e, uma vez, respondido negativamente para todas as perguntas, bem como, não estar apresentando nenhum sintoma relacionado ao Covid-19; Assumo a responsabilidade por qualquer consequência que possa a vir ocorrer durante o evento.

Declaro também ter pleno conhecimento do regulamento e regras da **SELETIVA SUB-18 SESI-SP 2021**.

LOCAL E DATA: _____, _____/_____/_____.

NOME DO ATLETA _____

ASSINATURA DO ATLETA

Tratando-se de Judoca, com idade inferior a 18 (dezoito) anos; em obediência a legislação brasileira aplicada; AUTORIZO, na condição de responsável legal () pai () mãe () responsável / tutor do (a) Judoca, acima qualificado (a), a participar da **SELETIVA SUB-18 SESI-SP 2021**.

LOCAL E DATA: _____, _____/_____/_____.

NOME (RESPONSÁVEL) _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL



Anexo 5

CURRICULUM DO ATLETA

Nome do Atleta: _____

Graduação: _____

Categoria/ Classe: _____

Principais Títulos

| CAMPEONATOS 2017 | RESULTADO |
|-------------------------|------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| CAMPEONATOS 2018 | RESULTADO |
|-------------------------|------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| CAMPEONATOS 2019 | RESULTADO |
|-------------------------|------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ASSINATURA DO ATLETA



Anexo 6

Autorização do Professor Responsável

ATLETA: _____

PROFESSOR(A) RESPONSÁVEL (Sensei): _____

Associação/clube/academia: _____

Email: _____ telefone: _____

Autorizo o aluno(a) acima a participar da **SELETIVA SUB-18 DO SESI-SP 2021**, a ser realizada na cidade de Bauru – SP, no período de **10/12 a 18/12/2020**.

Local: _____ / _____ / _____.

Assinatura do Professor(a)