### ANEXO 1 - Certificado de Diagnóstico do Atleta

**Nota:** Este formulário destina-se ao jogador que deseja realizar a classificação para competir e deve ser preenchido pelo médico que pode fornecer as informações médicas relativas às suas deficiências / condições de saúde. Todas as informações fornecidas serão tratadas como CONFIDENCIAIS.

Por favor, forneça cópias de qualquer diagnóstico médico – por exemplo, imagens médicas, raios-X, etc. Essas informações serão registradas no banco de dados do parabadminton da CBBd, de acordo com as Leis Gerais de Proteção de Dados (LGPD).

Caso o jogador apresente dor como única condição de saúde, limitações devido a ela não são consideradas para fins de classificação funcional.

Para envio: Por favor, digite neste formulário e, quando concluído, imprimir e assinar. Caso o formulário seja preenchido a mão, que esteja escrito em letra de fôrma e legível. O formulário deve ser digitalizado em arquivo de PDF e enviado para [gestao@badminton.org.br](mailto:gestao@badminton.org.br) pelo menos 4 semanas antes do torneio. Por favor, traga também o formulário original para o processo de classificação.

|  |  |
| --- | --- |
| **Detalhes do Torneio** (Devem ser preenchidos pelo atleta ou treinador) | |
| **Nome do Torneio**  (Torneio que você está participando) |  |
| **Proposta de Classe Esportiva de Entrada**  (Por favor, marque apenas uma opção) | WH 1 / WH 2 / SL 3 / SL 4 / SU 5 / SH 6 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Detalhes dos Jogadores** (Devem ser preenchidos pelo atleta / treinador. Por favor, digite em letras maiúsculas) | |
| **Nome completo** |  |
| **Clube** |  |
| **FEDERAÇÃO** |  |
| **Data de nascimento** (DD/MM/AAAA) |  |

|  |
| --- |
| **Diagnóstico Médico** (A ser preenchido pelo médico) |
| Por favor, forneça breves detalhes do diagnóstico médico. Inclua datas e detalhes de qualquer coisa que afete as FUNÇÕES MOTORAS do corpo, por exemplo: Condições congênitas; Lesões / doenças da medula espinhal (indicando nível da lesão); Traumatismos cranianos; Condições neurológicas; Amputação de membros (nível proximal / medial / distal ou desarticulação de membro); Lesões de Nervo Periférico; Artrodese de articulações, baixa estatura (informando a altura); |
|  |
| Alguma deficiência / condição de saúde adicional? (Escoliose, artrodese, espasticidade, etc.) |
|  |
| **Cirurgias anteriores** (A ser preenchido pelo médico) |
| Listar as cirurgias realizadas no passado. |
|  |

|  |
| --- |
| **Medicamentos atuais** (a serem preenchidos por médico / atleta / treinador) |
| Liste os medicamentos que estão sendo tomados atualmente (nomeie a substância – não o nome dos medicamentos). O atleta e o treinador são aconselhados a consultar a lista atualizada da WADA para substâncias proibidas e enviar o formulário AUT, se necessário. |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informações do Médico** (A serem preenchidos e assinados pelo médico) | | |
| **Nome completo** |  | |
| **Endereço** |  | **Carimbo médico:**  **Assinatura:** |
| **Detalhes de Contato** | **Celular:**  **Email:** | |
| **Local e Data do Exame**  (DD/MM/AAAA) |  | |

**Declaração e Reconhecimento do** **Atleta**

Eu, declaro que este é um registro verdadeiro e preciso:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Assinatura do atleta** |  | **Local e Data**  **(DD/MM/AAAA)** |  |