

FEDERAÇÃO DE MOTOCICLISMO DE PORTUGAL

Licença Desportiva para 2019



Número de Licença	_____
Número do Recibo	_____

Nome completo _____

(preencher em maiúsculas)

Morada _____

Código Postal _____

Localidade _____

Telefone: _____

Fax _____

Telemóvel _____

Site: _____

Distrito _____

Email: *

Modalidade: (assinalar com X apenas a modalidade pretendida)	Tipo de Licença: (assinalar com X o tipo de Licença pretendido)
Cross Country <input type="checkbox"/>	Categoria: _____
Enduro <input type="checkbox"/>	_____
Motocross / Supercross <input type="checkbox"/>	Nacional <input type="checkbox"/>
Quad Cross <input type="checkbox"/>	Reg. Autónomas <input type="checkbox"/>
Urban Free Style <input type="checkbox"/>	Regional <input type="checkbox"/>
Supermoto <input type="checkbox"/>	Mini <input type="checkbox"/>
Todo Terreno <input type="checkbox"/>	_____
Trial <input type="checkbox"/>	1 Prova - Nome: <input type="checkbox"/>
TT - Quad - SSV <input type="checkbox"/>	_____
Velocidade <input type="checkbox"/>	FIM EUROPA <input type="checkbox"/>
Geral <input type="checkbox"/>	FIM <input type="checkbox"/>

Data de Nascimento ___/___/___ **Local:** _____ **N.º de Contribuinte** _____

N.º do Bilhete de Identidade ou do CC _____ **Data de Validade** ___/___/___

N.º. Carta de Condução _____ **Emitida por** _____ **data** ___/___/___

Tirou Licença Desportiva no ano anterior?

Sim **Não**

PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

- Os dados recolhidos neste impresso são confidenciais. Serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a FMP e seus subcontratados. As omissões, inexactidões e falsidade, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do aderente.
- Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga diretamente respeito, solicitando a sua correção, aditamento ou eliminação, mediante contacto direto ou por escrito dirigido à FMP.
- Autorizo igualmente a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, aos Motoclubes e Organizações, desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos.

Declaro por minha honra que todas as informações acima prestadas são verdadeiras, tomei conhecimento das condições/procedimento do seguro (Anexo D) e que me sujeito aos regulamentos da FMP e FIM aplicáveis.

Data: ___ de ___ de 2019

Assinatura do Piloto _____

Esta ficha só será aceite quando devidamente preenchida e acompanhada dos documentos solicitados no verso e do respetivo pagamento por cheque, vale de correio ou transferência bancária com cópia do comprovativo de pagamento (IBAN PT50 0007 0021 0016 0900 0022 9). **Ver Verso s.f.f.**

Enviar Para:
Federação de Motociclismo de Portugal
Largo Vitorino Damásio, n.º 3 C - Pavilhão 1
1200 – 872 LISBOA

Telefone 21 393 60 30
Telefax 21 397 14 57
Email geral@fmp-live.pt
Site www.fmp-live.pt

* A indicação do endereço email é obrigatória

DOCUMENTOS A JUNTAR À FICHA DE INSCRIÇÃO:

- ◆ Fotocópia do Bilhete de Identidade ou do Cartão do Cidadão. (1)
- ◆ Fotocópia do Cartão de Contribuinte. (1)
- ◆ Para licença de Enduro/TT ou Geral fotocópia da Carta de Condução. (2)
- ◆ Boletim de exame Médico-Desportivo do IDP devidamente preenchido, com a assinatura do médico e com vinheta identificadora do médico.

Nota: Caso o atleta tenha 50 ou mais anos de idade terá obrigatoriamente de apresentar exame de “Prova de esforço”.

- ◆ Impresso relativo ao Termo de Responsabilidade e Controlo anti-doping, FMP/FIM – Anexo C.
- ◆ Anexos A e B apenas para Licença Internacional.
- ◆ Para os pilotos menores de 18 anos é obrigatório um “Termo de Responsabilidade” da pessoa que exerça o poder paternal com a assinatura e fotocópia do documento de identificação.

(1) Este documento não é necessário se no ano anterior tirou Licença Desportiva.

(2) Este documento não é necessário se no ano anterior tirou Licença Desportiva, ou se não mudou de carta Municipal de 50cc para Carta da D.G.V. para Motociclos.

Licenças Desportivas Nacionais		
De uma modalidade	Normal	240 €
	Através de Clube	215 €
	De uma prova	110 €
	Mini- Motocross / Enduro	160 €
Geral	Normal	300 €
	Através de Clube	275 €
Regional	Normal	160 €
	De uma prova	55 €
Oficial de prova	1ª Vez	70 €
	Renovação	50 €
Equipa	Velocidade, MX/SX	250€
	Todo Terreno	150€
Fiscal de Pista	1 licença (cada)	30€
	entre 5 a 20 (cada)	20 €
	Mais de 20 (cada)	15 €
Regiões autónomas	De uma prova	55 €
	Uma modalidade	215 €
	Geral	270 €
	“Mini” Motocross	160 €
	Regional	160€
	Regional Geral	175 €

Licenças Desportivas Internacionais		
FIM		
Enduro	Campeonato do Mundo	695 €
	De uma prova	280 €
MX GP/MX 2	Campeonato do Mundo	1.450 €
	De uma prova	505 €
TT	Campeonato do Mundo	1450 €
	De uma prova	505 €
Bajas	Taça do Mundo	880 €
	De uma prova	280 €
SBK / SS	Campeonato do Mundo	2.130 €
	De uma prova	730 €
Trial	Campeonato do Mundo	695 €
	De uma prova	280 €
Trial (Assistente)	Campeonato do Mundo	320 €
	De uma prova	100 €
Internacional	Anual	440 €
	De uma prova	250 €
FIM Europa		
Campeonato Europeu		390 €
De uma prova		250 €



IMPORTANTE:

- a) Sem a totalidade dos documentos acima solicitados, não será considerado o pedido de Licença Desportiva para 2019;
- b) A Licença inclui o seguro desportivo de acidentes pessoais com a cobertura de 5.000,00€ de despesas de tratamento e 27.500,00€ de morte ou Invalidez Permanente;
- c) Em caso de acidente, deverá proceder conforme documento em Anexo D.

NOTA: Os custos das Licenças Desportivas são acrescidos de 50% do seu valor sempre que o pedido de emissão der entrada no Secretariado da FMP nos 8 dias anteriores (data dos carimbos do CTT) à realização da próxima Prova a que essa Licença se referir e de 100% se a antecedência do pedido for entre 48 a 24 horas do início da Prova.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

(à compléter par le concurrent)



ANNEXE A

Données personnelles :

Nom :	Prénom :	Date de naissance	
Adresse :			
Sexe	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	FMN:	

Non	Oui	Détails
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte de connaissance pour une raison quelconque, vertiges ou maux de tête
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes oculaires (sauf lunettes)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie aux médicaments ou substances
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes cardiaques
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes de tension artérielle
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes gastriques (ulcère, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes uro-génitaux
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épilepsie ou convulsions
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles mentaux ou nerveux
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes des bras ou des jambes y compris crampes des muscles ou raideur des articulations
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles sanguins avec tendance à l'hémorragie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opérations
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous régulièrement des médicaments ou autres substances ?

- Je n'ai pas été interdit(e), pour des raisons médicales, de participation à d'autres sports.
- Je ne prends pas de drogue et je n'abuse pas de l'alcool.
- En cas de blessure, j'autorise le personnel médical à divulguer toute information nécessaire au directeur de course et la FMN.
- Je déclare que les informations que j'ai données sont la vérité.
- J'autorise que les données du formulaire Examen Médical soient envoyées au médecin de ma FMN.

Date

Signature du candidat (ou parent ou tuteur responsable, si mineur(e))

EXAMEN MÉDICAL

(A compléter par le médecin)



ANNEXE B

Données personnelles :

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse :		
Sexe :	masculin / féminin	FMN:

Normal		Anormal	Détails (si anormal)
<input type="checkbox"/>	Système cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Tension artérielle	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Pouls	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Système respiratoire	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Système nerveux central	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	périphérique	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Nez-gorge-oreilles, droit	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	en particulier l'appareil gauche	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	vestibulo-cochléaire	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Système locomoteur bras droit	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	gauche	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	jambe droite	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	gauche	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	colonne vertébrale	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Abdomen (hernie)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Urine Albumine	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Glucose	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Yeux		
	Vue à distance	droit	sans correction
		gauche	
		droit	avec correction
		gauche	

Je, soussigné(e), certifie que cette personne est apte à participer à des épreuves motocyclistes.

Je, soussigné(e), certifie que cette personne est INAPTE à participer à des épreuves motocyclistes.

Je recommande que cette personne soit examinée par un membre du Comité Médical de la FMN ou par un médecin nommé par la FMN.

Date de l'examen

Signature et cachet du médecin

Para conhecimento e aceitação por parte do piloto
Termo de Responsabilidade

1. Como participante numa manifestação desportiva renuncio a todos os direitos de recurso contra a Federação de Motociclismo de Portugal (FMP), clube ou entidade organizadora, seus representantes ou restantes pessoas envolvidas na organização da manifestação desportiva – evento – por qualquer perda, dano ou lesão que possa ocorrer no decurso da minha participação incluindo quaisquer sessões de treinos para o evento.

Além disso, como participante num evento, comprometo-me a em acaso algum responsabilizar a FMP, clube ou entidade organizadora, oficiais e fiscais de prova e restantes pessoas envolvidas na organização do evento de qualquer perda, dano ou prejuízo a terceiros pelo qual eu possa ser solidariamente responsável

2. Igualmente como participante numa manifestação desportiva em que me encontre regulado pela FMP ou FIM, declaro que:

- a)** Recebi e tive oportunidade de ler o Código Anti-Doping da FIM.
- b)** Concordo e disponho-me a cumprir todas as disposições do Código Anti-Doping da FIM, assim como, com todas as regras internacionais incorporadas nas regras Anti-Doping.
- c)** Aceito também que qualquer dúvida ou discordância com uma decisão tomada proveniente do Código Anti-Doping da FIM, depois de exaustivamente debatida, só pode ser apelada e consequentemente posta em causa segundo o artigo 12 do Código Anti-Doping da FIM para um órgão de recurso, podendo em última instância apelar para o Tribunal de Arbitragem do Desporto.
- d)** Aceito e concordo que as decisões desse Tribunal de Arbitragem do Desporto serão finais, e perante este facto, comprometo-me a não apresentar qualquer tipo de queixa, processo penal ou processo de litígio em qualquer outro lugar ou tribunal.
- e)** Li, concordei e percebi na sua totalidade este termo de responsabilidade.

Data: _____ Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Assinatura: _____

Original recebido por (FMP e FIM): _____

Data: _____ Carimbo/selo: _____



ANEXO D

SEGURO DESPORTIVO 2019 – PILOTOS APÓLICE ANUAL

- Apólice de acidentes pessoais com as seguintes coberturas:

○ Morte ou Invalidez Permanente por Acidente	27.500,00 €
○ Desp. Tratamento, Transp. Sanitário e Repatriamento por Acidente	5.000,00 €
○ Despesas de Funeral por Acidente	2.700,00 €

- Esta apólice tem uma franquia de 150,00 € (cento e cinquenta Euros).

PROCEDIMENTO PARA A PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTES

- Ver Manual de Procedimentos para a Participação de Acidente.

EXCLUSÕES DA APÓLICE

- Fazem parte desta apólice, entre outras, as exclusões abaixo discriminadas:
 - Hérnias de qualquer natureza;
 - Implantação ou reparação de próteses ou ortóteses;
 - Ataque cardíaco, salvo se for causado por traumatismo físico externo;
 - Quaisquer outras doenças quando se prove por diagnóstico médico inequívoco e indiscutível que são consequência indirecta do acidente.

EXAME MÉDICO DESPORTIVO

DATA

NOME

C.C.

D. NASCIMENTO NACIONALIDADE

MORADA

C. POSTAL LOCALIDADE TEL

CLUBE 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 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Foi operado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Perdas de consciencia? Epilepsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Teve alguma lesão no desporto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Hábitos alcoólicos / tabágicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Consome narcóticos, estimulantes?(ou outras substancias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Toma regularmente algum medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Doenças alérgicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Asma, pneumotorax, tuberculose?(outras doenças pulmonares)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Doenças do aparelho digestivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Doenças do coração?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Doenças renais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Doenças ósseas (coluna ou articulações)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Doenças do sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Doenças mentais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Doenças da pele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Teve alguma doença aqui não mencionada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Já fez um exame médico desportivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 bronquica, 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

