FEDERAÇÃO DE MOTOCICLISMO DE PORTUGAL

Licença Desportiva de Piloto para 2026

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	☐	**Através de clube**	☐
Enduro	☐	**Nacional**	☐
Motocross / Supercross	☐	**Regional**	☐
Quad Cross	☐	**Mini**	☐
Urban Free Style	☐	**Regiões Autónomas**	☐
Supermoto / Flat Track	☐		
Todo Terreno - Moto	☐		
Todo Terreno – Quad - SSV	☐	**1 Prova - Nome:**	☐
Trial	☐		
Velocidade	☐	**FIM EUROPA**	☐
Geral	☐	**FIM**	☐

Data de Nascimento ____/____/____ ***Local:*** _____ ***Nº. de Contribuinte*** _____

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

Nº. 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, inexatidões 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 de acidentes pessoais em Anexo D e que me sujeito aos códigos e regulamentos da FMP e FIM aplicáveis.

Data: ____ *de* _____ *de* 2026

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.pt
Site www.fmp.pt

DOCUMENTOS A JUNTAR À FICHA DE INSCRIÇÃO:

- Fotocópia do Bilhete de Identidade ou do Cartão do Cidadão.
- Fotocópia do Cartão de Contribuinte.
- Para licença de Enduro/TT ou Geral fotocópia da Carta de Condução.
- Boletim de exame Médico-Desportivo em impresso do IPDJ devidamente preenchido, com a assinatura do médico e com vinheta identificadora do médico. Caso o atleta tenha 50 ou mais anos de idade terá de apresentar exame de "Prova de esforço".
- Anexos A e B apenas para a Licença Internacional.
- Anexo C - Termo de Responsabilidade e Controlo anti-doping FMP/FIM.
- Anexo E - Para os pilotos menores de 18 anos é obrigatório uma Declaração da pessoa que exerça o poder paternal a autorizar o menor a participar no Campeonato ou Troféu com a assinatura igual ao documento de identificação e fotocópia do documento de identificação.

IMPORTANTE:

- Sem a totalidade dos documentos acima solicitados, não será considerado o pedido de Licença Desportiva para 2026.
- O custo da Licença Desportiva é acrescido 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 da 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.
- Anexo D – Informa as coberturas do seguro desportivo obrigatório de acidentes pessoais associado à licença desportiva, dos procedimentos a serem seguidos em caso de acidente e das três opções do seguro de acidentes pessoais complementar que poderão ser contratadas.
- Recomenda-se aos pilotos e seus acompanhantes nas deslocações a um dos Estados-Membros da União Europeia, Islândia, Noruega e Suíça que levem consigo o Cartão Europeu de Seguro de Doença.
- PREÇOS DAS LICENÇAS DESPORTIVAS:

Licenças Desportivas Nacionais		
Geral	Anual	330,00€
	Através de Clube	305,00€
De uma modalidade	Anual	260,00€
	Anual através de Clube	235,00€
	De 1 prova	130,00€
Mini (GP/END/MX/SM/TT)	Anual	160,00€
	Anual através de Clube	150,00€
Regional Continente	Anual	180,00€
	De 1 prova	65,00€
Oficial de prova	1ª Vez	80,00€
	Renovação	60,00€
Equipa anual	Velocidade, MX/SX	250,00€
	Todo Terreno	250,00€
Fiscal de Pista	1 licença (cada)	30,00€
	entre 5 a 20 (cada)	20,00€
	mais de 20 (cada)	15,00€
Regiões autónomas	Geral Nacional Anual	300,00€
	Nacional 1 modalidade	230,00€
	Regional Geral	190,00€
	Regional 1 Modalidade	170,00€
	Regional de 1 prova	65,00 €
	Mini(GP/END/MX/SM/TT)	150,00€

Licenças Desportivas Internacionais ***FIM***		
Enduro	C. Mundo – Anual	839,00€
	C. Mundo / ISDE – 1 prova	406,00€
MXGP/MX 2	C. Mundo – Anual	1.364,00€
	C. Mundo – 1 prova	556,00 €
TT	T. Mundo Rally 2 – Anual	1.364,00€
	T. Mundo Rally 2 – 1 prova	556,00€
	T. Mundo Bajas – Anual	839,00€
	T. Mundo Bajas – 1 prova	406,00€
SBK / SS	C. Mundo – Anual	1.814,00€
	C. Mundo – 1 prova	706,00€
Trial	C. Mundo GP – Anual	839,00€
	C. Mundo GP / TdN – 1 prova	406,00€
	C. Mundo Feminino – Anual	614,00€
	C. Mundo Feminino – 1 prova	293,50€
Trial (Assistente)	C. Mundo – Anual	539,00€
	C. Mundo / TdN – 1 prova	293,50€
Internacional	Anual	464,00€
	1 prova	256,00€
Campeonato Europeu - Anual		614,00 €
De 1 prova		331,00 €

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX
(à compléter par le concurrent)

ANNEXE A

Données personnelles :

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

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

a. Je n'ai pas été interdit(e), pour des raisons médicales, de participation à d'autres sports.

b. Je ne prends pas de drogue et je n'abuse pas de l'alcool.

c. En cas de blessure, j'autorise le personnel médical à divulguer toute information nécessaire au directeur de course et la FMN.

d. Je déclare que les informations que j'ai données sont la vérité.

e. 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)
	Système cardio-vasculaire				
	Tension artérielle				
	Pouls				
	Système respiratoire				
	Système nerveux	central			
		périphérique			
	Nez-gorge-oreilles, en particulier l'appareil vestibulo-cochléaire		droit		
			gauche		
	Système locomoteur	bras	droit		
			gauche		
		jambe	droite		
			gauche		
	colonne vertébrale				
	Abdomen (hernie)				
	Urine	Albumine			
		Glucose			
	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

ANEXO C

Para conhecimento e aceitação por parte do piloto
Termo de Responsabilidade

1. Como participante numa manifestação desportiva assim como os elementos da minha equipa aceitam renunciar a qualquer tipo de indemnização em caso de acidente, bem como ilibam de toda a responsabilidade a FMP, a Entidade Organizadora e os oficiais de prova assim como os seus representantes e colaboradores por lesões corporais ou danos materiais, directos ou indirectos, que possam ocorrer durante a manifestação desportiva, renunciando igualmente a formular qualquer reclamação contra eles.

2. Igualmente como participante numa manifestação desportiva regulada pela FMP ou FIM, declaro que:

   a. Concordo e disponho-me a cumprir todas as disposições do Regulamento Antidopagem da FMP e o Código Anti-Doping da FIM, assim como, com todas as regras internacionais incorporadas nas regras Anti-Doping.
   b. Aceito e concordo que as decisões desseTribunal 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.

   c. Li, concordei e percebi na sua totalidade este termo de responsabilidade.

Data: _____ Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Assinatura: _____

Original recebido por: _____

Data: _____ Carimbo: _____

ANEXO D

SEGURO DESPORTIVO 2026 - PILOTO

- Apólices de acidentes pessoais com as seguintes coberturas:
  - Morte ou Invalidez Permanente por Acidente
    - Para licença desportiva anual 32.437,50 €
    - Para licença desportiva de 1 prova
  - Desp. Tratamento, Transp. Sanitário e Repatriamento por Acidente
    - Para licença desportiva anual 5.190,00 €
    - Para licença desportiva de 1 prova
  - Despesas de Funeral por Acidente
    - Para licença desportiva anual 2.700,00 €
    - Para licença desportiva de 1 prova
- Estas apólices tem uma franquia de 150,00 € (cento e cinquenta Euros).

PROCEDIMENTO PARA A PARTICIPAÇAO DE ACIDENTES

- Ver Manual de Procedimentos para a Participação de Acidente.

SEGURO ADICIONAL ASSOCIADO À LICENÇA DESPORTIVA ANUAL, APÓLICE AG65966400 A1 - OPÇÕES

OPÇÃO F2

COBERTURAS, CAPITAIS SEGUROS E FRANQUIAS POR PESSOA SEGURA

Cobertura	Capital	Franquia
Morte ou Invalidez Permanente por Acidente	€32.437,50	
Despesas de Tratamento, Transp. Sanitário e Repatriam. por Acidente	**€10.190,00**	€5.190,00 (*)
Despesas de Funeral por Acidente	€2.700,00	€2.700,00

(*) A Cobertura de Despesas de Tratamento, Transporte Sanitário e Repatriamento por Acidente funciona, até ao limite de capital fixado na presente apólice, em cúmulo do Capital Seguro na Apólice AG65966400, A1 e após esgotado o capital desta.

Prémio, independentemente da data de inclusão ou de exclusão, é de €168,56.

Largo Vitorino Damásio, 3C – Pavilhão 1
1200 - 872 LISBOA
Telef.: 21 3936030
Fax: 21 3971457
Email: geral@fmp.pt
Site: www.fmp.pt

Instituição de Utilidade Pública
Instituição de Utilidade Pública Desportiva
Fundada em 11 de Maio de 1990
Filiada na Federação Internacional de Motociclismo (FIM)
Membro fundador da FIM – Europa
Membro fundador da Confederação do Desporto de Portugal
Membro do Comité Olímpico de Portugal

FEDERAÇÃO MOTOCICLISMO PORTUGAL

OPÇÃO F3

COBERTURAS, CAPITAIS SEGUROS E FRANQUIAS POR PESSOA SEGURA

Cobertura	Capital	Franquia
Morte ou Invalidez Permanente por Acidente	€32.437,50	
Despesas de Tratamento, Transp. Sanitário e Repatriam. por Acidente	**€15.190,00**	€5.190,00 (*)
Despesas de Funeral por Acidente	€2.700,00	

(*) A Cobertura de Despesas de Tratamento, Transporte Sanitário e Repatriamento por Acidente funciona, até ao limite de capital fixado na presente apólice, em cúmulo do Capital Seguro na Apólice AG65966400 A1 e após esgotado o capital desta.

Prémio, independentemente da data de inclusão ou de exclusão, é de €320,60

OPÇÃO F 4

COBERTURAS, CAPITAIS SEGUROS E FRANQUIAS POR PESSOA SEGURA

Cobertura	Capital	Franquia
Morte ou Invalidez Permanente por Acidente	€32.437,50	
Despesas de Tratamento, Transp. Sanitário e Repatriam. por Acidente	**€20.190,00**	€5.190,00 (*)
Despesas de Funeral por Acidente	€2.700,00	

(*) A Cobertura de Despesas de Tratamento, Transporte Sanitário e Repatriamento por Acidente funciona, até ao limite de capital fixado na presente apólice, em cúmulo do Capital Seguro na Apólice AG6596400 A1 e após esgotado o capital desta.

Prémio, independentemente da data de inclusão ou de exclusão, é de €459,20.

DECLARAÇÃO

Eu, [nome completo da pessoa que exerce o poder paternal], número de CC [nº CC], declaro que autorizo o(a) meu (minha) filho(a) [nome completo do menor], número de CC [nº CC] a participar nas provas que constituem [nome do Campeonato e/ou Troféu] na época desportiva de 2026.

Lisboa, [data]

_____

(Assinatura conforme BI /CC)

Obs: Anexar fotocópia do BI/CC

EXAME MÉDICO DESPORTIVO

PARA A FEDERAÇÃO OU ASSOCIAÇÃO

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

PARA O ATLETA, PODE SER DIGITALIZADO/FOTOCOPIADO PARA ARQUIVO MÉDICO

1. DECLARAÇÕES PESSOAIS (A preencher exclusivamente pelo Atleta ou Encarregado de Educação)

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

PARA O ATLETA, PODE SER DIGITALIZADO/FOTOCOPIADO PARA ARQUIVO MÉDICO