**ATESTADO**

Atesto para os devidos fins que as atletas e membros da comissão técnica abaixo relacionados (Inserir abaixo nome completo e BID dos atletas), registrados no Clube (Inserir aqui nome do clube) apresentam condição de jogo, pois realizaram o teste molecular (RT-PCR) para detecção do SarsCov2, causador da Covid19, no dia XX/XX, através do Laboratório (inserir nome e CNPJ do Laboratório) e os resultados foram NEGATIVOS.

Atesto ainda, que os laudos comprobatórios estão de posse do clube e que serão disponibilizados, a qualquer momento, se assim solicitado pela FGF e/ou TJDRS.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME COMPLETO | | APELIDO | N° BID |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

COMISSÃO TÉCNICA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NOME | FUNÇÃO | BID/CREF/CRM/RG |
| 1 |  | TREINADOR | BID: |
| 2 |  | AUXILIAR | RG: |
| 3 |  | PREP. FISICO | CREF: |
| 4 |  | PREP. GOLEIRO | RG: |
| 5 |  | MEDICO | CRM: |
| 6 |  | MASSAGISTA OU FISIOTERAPEUTA | RG: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Presidente Assinatura do Médico Carimbo Presidente Clube Carimbo com CRM