**FORMULÁRIO DE REVISÃO MÉDICA DE CLASSIFICAÇÃO**

Este formulário deve ser preenchido e devolvido à CBE, com todas as informações e documentação associadas. Isso está de acordo com os regulamentos de procedimento de revisão médica da classificação de esgrima de cadeira de rodas da IWAS c. 5.19)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome da Organização Filiada / Vinculada à CBE:** | |
| **Nome:** | **Assinatura:** |
| **Posição:** |  |
| **Data:** | **Horário:** |
| **Nome do esgrimista a ser submetido a revisão médica:** | |
| **Clube/equipe:** | **Estado:** |
| **Classificação** |  |

|  |
| --- |
| **MOTIVO DO PEDIDO DE REVISÃO MÉDICA** |
|  |

|  |
| --- |
| **COMENTÁRIOS DO PAINEL DE REVISÃO MÉDICA** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DECISÃO DO PAINEL DE REVISÃO MÉDICA** | |
| Nova classificação | Classificação permanece: |
| Data: | Horário: |
| Nome do classificador: | Assinatura |
| Nome do classificador: | Assinatura |
| Nome do classificador: | Assinatura |