**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 |