



Clube  
de Voleibol  
de Oeiras

## REQUISIÇÃO FISIOTERAPIA

Nome do(a) atleta: \_\_\_\_\_

Data da ocorrência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local da Ocorrência: \_\_\_\_\_

Treinador: \_\_\_\_\_

Equipa: \_\_\_\_\_

Descritivo da Ocorrência

Primeira intervenção no local (descritivo dos procedimentos tomados)

Preferência de dia de início de tratamento

Porque o(a) atleta acima referido se lesionou ao serviço do Clube de Voleibol de Oeiras (treino/competição) e numa perspetiva de triagem, a fim de averiguar que tipo de tratamento requer, e se este deverá ser realizado nas instalações do clube, solicito que o(a) atleta seja diagnosticado e preenchido o processo associado à ocorrência.

O Treinador, \_\_\_\_\_

### HORÁRIOS DE TRATAMENTOS

Horário: Terças, quartas e sextas das 19:00H às 21:00H

Local: Sede CVO – Av. D. João I, 40 – 2780-065 OEIRAS