

FICHA DE FILIAÇÃO DE ATLETAS

NUMERO DE MATRICULA

NOME: _____

CPF: _____ RG: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ TIPO SANGUÍNEO: _____

ENDEREÇO

RUA: _____ NÚMERO: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CEP: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

PROFESSOR RESPONSÁVEL

NOME: _____

EQUIPE: _____ MATRICULA DA EQUIPE: _____

TELEFONE: (____) _____ CELULAR: (____) _____

ATLETA

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO ATLETA

PROFESSOR

ASSINATURA DO PROFESSOR RESPONSÁVEL

FEBOP-RJ

ASSINATURA DO PRESIDENTE

IMPORTANTE: Encaminhar junto com a ficha preenchida, foto do atleta, cópia da identidade e comprovante de depósito de R\$ 30,00 para o e-mail filiacao.rj@febop.com.br