

FEDERAÇÃO DE KICKBOXING DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CNPJ Nº 04.237.884/8081-53

SEDE: AV. KENNEDY,101 - PORTO DA PEDRA - SÃO GONÇALO - CEP: 24446-496- RJ - Telefax 2604-9005

Senhor Presidente:

Nome: _____, solicito registro pela
_____ e em cumprimento as exigências

legais,especifica sua qualificação e atende na forma abaixo:

Filiação: Pai _____

Mãe _____

Nascido na Cidade de _____ em ____/____/____ Certidão de Nascimento nº _____

_____ Folha nº _____ Livro nº _____ Carteira de Identidade nº _____

Foi inscrito anteriormente? sim () não () Por qual associação? _____

Residência: Endereço _____

Nº _____ Bairro _____ Cidade _____ Estado _____ EMAIL _____

Telefone: Red. _____ Comercial: _____ CEP: _____

São Gonçalo, ____ de _____ de 20 ____ _____

Assinatura do Atleta

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o meu filho menor, qualificado neste documento, a assinar a presente inscrição pela associação, acima mencionada.

Cart. De Iden. Nº _____ Órgão _____

São Gonçalo, ____ de _____ de 20 ____ _____

Assinatura do Pai ou Responsável Legal

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o atleta acima qualificado, não sofre de moléstia infécto-contagiosa,gozando no momento do exame de bom estado de saúde física e mental.

São Gonçalo, ____ de _____ de 20 ____ _____

Assinatura do Médico e número do

CONFIRMO AS INFORMAÇÕES SUPRA E POR ELAS ME RESPONSABILIZO, SUJEITANDO-ME AS LEIS DESPORTIVAS, CIVIS E CRIMINAIS,

EM,

FAIXA _____ DATA _____
BRANCA _____
AMARELA _____
LARANJA _____
VERDE _____

Assinatura do Presidente da Associação
FAIXA _____ DATA _____
AZUL _____
MARROM _____
PRETA _____

REGISTRO NA FKBERJ: _____

REGISTRO NA CBKB _____