



Foto  
3x4

NOME:

DT. NASC:

NATURALIDADE:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

RESIDENTE:

BAIRRO:

CEP:

ESTADO:

TEL. RESIDENCIAL:

TEL.COMERCIAL:

RG:

CPF:

TIPO SANGUINEO:

POSSUI ALGUMA ALERGIA:

E-MAIL:

OBS:

EQUIPE:

ESTADO:

PROFESSOR:

### **DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e sob as penas da lei que as informações acima são verdadeiras, sujeitando-me às sanções cabíveis por esta instituição as leis desportivas, civis e criminais. Entrego nesta data atestado médico competente para prática de artes marciais.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**OBS:.** Quando menor. RG, nome e assinatura do responsável legal.

Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Presidente da ABAMM-RJ

Faixa

Data

Faixa

Data

Branca

Azul

Amarela

Marrom

Laranja

Preta

Verde