



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 responsavel legal.

Em,

Assinatura: _____ RG: _____

Assinatura do Presidente da ABAMM-RJ

Prajied	Data	Prajied	Data
Branca Ponta Vermelha		Azul Escuro (Instrutor Auxiliar)	
Vermelha		Azul Escuro Ponta Preta (Instrutor)	
Vermelho Ponta Claro		Preta (Professor)	
Azul Claro		Preta Ponta Branca (Mestre)	
Azul Claro Ponta Escuro		Preto, Branco Ponta Vermelho (Grão Mestre)	