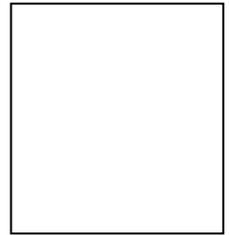


FEDERAÇÃO DE KICK BOXING DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CNPJ Nº 04.237.884/0001-53

SEDE: AV. KENNEDY, 101 - PORTO DA PEDRA - SÃO GONÇALO - CEP. 24440-490 - 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 _____ CPF nº _____

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

Residência: Endereço _____

Nº _____ Bairro _____ Cidade _____ Estado _____ EMAIL _____

Telefone: Res. _____ 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 no CRM.

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

EM, ____/____/____

Assinatura do Presidente da Associação

FAIXA:	DATA	FAIXA:	DATA
BRANCA	_____	AZUL	_____
AMARELA	_____	MARROM	_____
LARANJA	_____	PRETA	_____
VERDE	_____		

REGISTRO NA FKBERJ: _____

REGISTRO NA CBKB: _____