**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**Escolinhas de Esporte**

|  |
| --- |
| Modalidade: |

|  |
| --- |
| **Colar Foto 3x4** |

 **Dados Pessoais**

|  |
| --- |
| Nome: |
| Data de nascimento:  | Idade: | Naturalidade: |
| CPF: | RG: |
| EndereçoRua: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome do Pai: |
| Nome da Mãe: |
| Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino | Tamanho da camiseta: |
| Telefone fixo:  | Celular: |
| E- mail: |

 **Dados Escolares**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Estuda Atualmente: ( ) Sim ( ) Não | Escola:  | Série: |

**Dados sobre a saúde**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo sanguíneo:  | Uso de remédio controlado: ( ) Sim ( ) NãoQual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Portador de Necessidades Especiais: ( ) Sim ( ) NãoQual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Possui Alergia: ( ) Sim ( ) NãoQual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Em caso de emergência avisar:Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **5 – DECLARAÇÃO:** |
| Eu............................................................................, pai/mãe, representante legal do menor (.................................................................), assumo total responsabilidade por qualquer dano físico ou material decorrente da participação do meu filho, nos jogos e atividades esportivas de outras modalidades, isentando o Departamento Municipal de Esportes, e a Prefeitura Municipal de Sul Brasil de eventuais perdas ou danos que possam advir, declarando, ainda, estar em boa forma física, atestado por meio medico, tendo condições suficientes para á pratica de atividades físicas e esportivas |

Sul Brasil - SC, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável

 CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_