**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**Escolinhas de Esporte**

|  |
| --- |
| Modalidade: |

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

**Dados Pessoais**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | |
| Data de nascimento: | Idade: | | Naturalidade: |
| CPF: | | RG: | |
| Endereço  Rua: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 ( ) Não  Qual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Portador de Necessidades Especiais: ( ) Sim ( ) Não  Qual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Possui Alergia: ( ) Sim ( ) Não  Qual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_