

CADASTRO DE ATLETA PARA AVALIAÇÃO

Nome Completo	:			ANO: _____
Data de Nasc.	:	/ /	Altura	:
R.G.	:		CPF	:
POSIÇÃO	:	GOLEIRO (), ZAGUEIRO CANHOTO (), LATERAL ESQUERDO (), MEIA ESQUERDA () ZAGUEIRO DESTRO (), LATERAL DIREITO (), MEIA DIREITA () ATACANTE PELA ESQUERDA () ATACANTE DE AREA CANHOTO () ATACANTE PELA DIREITA () ATACANTE DE AERA DESTRO () VOLANTE ()		
Nome do Pai	:		TELEFONE:	
Nome da Mãe	:		TELEFONE:	
Responsável	:		TELEFONE:	
Doc. Responsável	:	RG :	CPF :	
Endereço	:		Complem.	:
Bairro	:		Cidade	:
			Estado	:
CEP	:		Telefone residencial	:
E-mail	:			

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA PARTICIPAR DA AVALIAÇÃO.

- 1 CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- 1 CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE DO ATLETA
- 1 CÓPIA DA IDENTIDADE DO RESPONSÁVEL
- TERMO DE RESPONSABILIDADE ASSINADO PELO RESPONSÁVEL DO ATLETA.

- ORIGINAL DO ATESTADO MÉDICO APTO A EXERCER ATIVIDADES FÍSICAS

