



SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTES E RECREAÇÃO DE CARAGUATATUBA

FICHA DE INSCRIÇÃO

NUCLEO _____ **CEMUG**

CODIGO ALUNO _____

NOME _____ **DATA NASC.** _____

RG _____ **CPF** _____

CERT NASC _____

ENDEREÇO _____ **Nº** _____ **COMP** _____

BAIRRO _____ **CIDADE** _____ **CEP** _____

CELULAR _____ **TEL RESIDENCI** _____ **DATA MATRICULA** _____

EMAIL _____

NOME RESPONSÁVEL _____ **PARENTESCO RESPONSÁVEL** _____

RG RESPONSÁVEL _____ **CPF RESPONSÁVEL** _____ **DATA ATESTADO MEDICO** _____

ATESTADO COM VALIDADE **VALIDADE ATESTADO MEDICO** _____

<i>intenção MATRICULA 1</i>	_____	<i>periodo 1</i>	_____
<i>intenção MATRICULA 2</i>	_____	<i>periodo 2</i>	_____
<i>intenção MATRICULA 3</i>	_____	<i>periodo 3</i>	_____
<i>intenção MATRICULA 4</i>	_____	<i>periodo 4</i>	_____
<i>intenção MATRICULA 5</i>	_____	<i>periodo 5</i>	_____

ANAMNESE

<input type="checkbox"/>	ALGUM TIPO DE DEFICIENCIA?	QUAL DEFICIENCIA	_____
<input type="checkbox"/>	ALERGIA	QUAL ALERGIA	_____
<input type="checkbox"/>	ALGUMA FRATURA NULTIMOS 6 MESES	QUAL FRATURA	_____
<input type="checkbox"/>	ALGUMA DOENÇA CRONICA	QUAL DOENÇA	_____

Responsabilizo-me por todos meus atos praticados na entidade ou eventos externos relacionados, bem como autorizo o uso de toda e qualquer imagem captada. Estou ciente dos riscos de lesões e/ou ferimentos na prática das atividades físicas praticadas. Declaro ainda, a ciência de que a SECER e seus profissionais sob hipótese alguma serão responsáveis por alunos fora do horário das atividades em que estiver inscrito ou mesmo no intervalo entre elas. Tenho o conhecimento que o não comparecimento nas aulas por 3 (três) dias consecutivos e/ou 5 (cinco) dias alternados, a minha matrícula será cancelada. Estou ciente de que o atestado médico possui validade de 12 (doze) meses, exceto quando o médico determina um período. Caso não sejam renovados dentro deste prazo, a matrícula será cancelada. Autorizo o uso de minha imagem durante as aulas/treinos/campeonatos/eventos, a fins de divulgação dos esportes, aulas, eventos. Menores de idade inferior a 15 anos os pais devem acompanhar o aluno, não podendo assim deixar o mesmo sem a presença dos pais ou

ASSINATURA / RESPONSÁVEL

ASSINATURA FUNCIONARIO



VER 2020

BY ALBERTSON CABRAL