



CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE KICKBOXING

FILIAÇÃO FAIXA COLORIDA



Data Filiação: _____

Registro nº: _____

Nome Completo: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF _____

CEP: _____ Telefone c/ DDD: _____

Data de Nascimento: _____ Naturalidade: _____

RG: _____ CPF: _____

Email: _____

Academia que treina: _____

Professor Responsável: _____

GRADUAÇÕES NO KICKBOXING

BRANCA AMARELA LARANJA VERDE AZUL MARROM

--	--	--	--	--	--

Data da graduação: ____/____/____ NOTA: _____

ASSINATURA DO ATLETA: _____

- Declaro que todas as informações acima prestadas são verdadeiras.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL (SE MENOR): _____

- Declaro que sou o responsável legal pelo menor acima descrito e que todas as informações acima prestadas são verdadeiras.

ASSINATURA DO PROFESSOR RESPONSÁVEL: _____

Rua Bom Pastor, 1091, Ipiranga - São Paulo/SP - CEP 04.203-051 - Tel. 11 96901-1105



Reconhecida pela
Comissão Olímpica Internacional

