



CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE KICKBOXING

FILIAÇÃO FAIXA COLORIDA

Data Filiação: _____

Registro nº: _____

Foto 3x4

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: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL (SE MENOR): _____

ASSINATURA DO PROFESSOR RESPONSÁVEL: _____

RUA COSTA AGUIAR, 2036 - IPIRANGA - SP / CEP: 04204-002 / (+55 11) 2548-1988

