



CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE KICKBOXING

FILIAÇÃO FAIXA COLORIDA

Data Filiação: _____

Registro nº: _____

Foto 3x4

Nome Completo: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Telefone c/ DDD: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: FEM () MASC ()

RG: _____ CPF: _____

Email: _____

Nome Academia/Equipe: _____

Professor Responsável: _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Faz algum curso superior? SIM () NÃO () Caso assinale SIM preencha as infos abaixo:

Nome da Instituição de Ensino: _____

Curso: _____

Período: _____

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: _____