



# CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE KICKBOXING

## FILIAÇÃO DE FAIXA PRETA

Exame em: \_\_\_\_\_

Graduação \_\_\_\_\_

Carteira nº \_\_\_\_\_

Certificado nº \_\_\_\_\_

Foto 3x4

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Data de Nasc: \_\_\_\_\_ Sexo: FEM ( ) MASC ( )

RG nº \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Nome da 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

2º Dan / / Cert. nº	3º Dan / / Cert. nº	4º Dan / / Cert. nº
5º Dan / / Cert. nº	6º Dan / / Cert. nº	7º Dan / / Cert. nº

- Declaro que todas as informações acima prestadas são verdadeiras.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Atleta