

# FEDERAÇÃO DE KICK BOXING DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**CNPJ Nº 04.237.884/0001-53**

SEDE: AV. KENNEDY, 101 - PORTO DA PEDRA - SÃO GONÇALO - CEP. 24440-490 - RJ.

SUB-SEDE: Rua Visconde de Inhaúma, 39 sala 1102 - Palácio dos Esportes - RJ. - RJ.

Telefax 2604-9005 - 3242-6295



Senhor Presidente:

Nome: \_\_\_\_\_, solicito registro

pelo \_\_\_\_\_

e em cumprimento as exigências legais, especifica sua qualificação e atende na forma abaixo:

Filiação: Pai \_\_\_\_\_

Mãe \_\_\_\_\_

Nascido na Cidade de \_\_\_\_\_ em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Certidão de Nascimento nº

\_\_\_\_\_ Folha nº \_\_\_\_\_ Livro nº \_\_\_\_\_ Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_

Foi inscrito anteriormente? sim ( ) não ( ) Por qual associação? \_\_\_\_\_

Residência: Endereço \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Telefone: Res. \_\_\_\_\_ Comercial: \_\_\_\_\_ CEP. \_\_\_\_\_

São Gonçalo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Assinatura do Atleta

## AUTORIZAÇÃO

Autorizo o meu filho menor, qualificado neste documento, a assinar a presente inscrição pela associação, acima mencionada.

Cart. De Iden. Nº \_\_\_\_\_ Órgão \_\_\_\_\_

São Gonçalo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Assinatura do Pai ou Responsável Legal

## ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o atleta acima qualificado, não sofre de moléstia infêcto-contagiosa, gozando no momento do exame de bom estado de saúde física e mental.

São Gonçalo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico e número no CRM.

CONFIRMO AS INFORMAÇÕES SUPRA E POR ELAS ME RESPONSABILIZO. SUJEITANDO-ME AS LEIS DESPORTIVAS, CIVIS E CRIMINAIS.

EM, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do Presidente da Associação

FAIXA: DATA \_\_\_\_\_

BRANCA \_\_\_\_\_

AMARELA \_\_\_\_\_

LARANJA \_\_\_\_\_

VERDE \_\_\_\_\_

FAIXA: DATA \_\_\_\_\_

AZUL \_\_\_\_\_

MARROM \_\_\_\_\_

PRETA \_\_\_\_\_

REGISTRO NA FKBERJ: \_\_\_\_\_

REGISTRO NA CBKB: \_\_\_\_\_