



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: Liga Centro Oeste Paulista de Kickboxing /

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

- Declaro que todas as informações acima prestadas são verdadeiras.

Assinatura do Atleta