



LIGA CENTRO OESTE PAULISTA DE KICKBOXING

(Filiada à Confederação Brasileira de Kickboxing - CBKB)

FILIAÇÃO DE FAIXA PRETA

Exame em: _____ Graduação: _____

Carteira nº: _____ Certificado nº: _____

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 () Se SIM, preencha 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