



LIGA CENTRO OESTE PAULISTA DE KICKBOXING

(Filiada à Confederação Brasileira de Kickboxing - CBKB)

FILIAÇÃO FAIXA COLORIDA

Data Filiação: _____

Registro nº: _____

Nome Completo: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Telefone c/ DDD: _____

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

RG: _____ CPF: _____

Email: _____

EQUIPE: LIGA CENTRO OESTE PAULISTA DE KICKBOXING

NOME DA ACADEMIA: _____

PROFESSOR RESPONSÁVEL: _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Faz algum curso superior? **SIM () NÃO ()** Se SIM, preencha abaixo:

Nome da Instituição: _____

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.

ASSINATURA DO PROFESSOR RESPONSÁVEL: _____

Foto 3x4