

FICHA DE INSCRIÇÃO

ESCOLA DE FUTEBOL DO SÃO PAULO FUTEBOL CLUBE/PALMAS-TO



INSCRIÇÃO Nº: _____

TURMA: _____ Nº DE ALUNO: _____ HORÁRIO: ____ ÀS ____

VALOR DA MENSALIDADE: R\$ _____ CADASTRADO EM: ____/____/____

NOME DO ALUNO: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

E-MAIL: _____

NATURALIDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____
____/____/____

TELEFONE FIXO: _____ TELEFONE MÓVEL: _____

NOME DA ESCOLA QUE FREQUENTA: _____

ANO: _____ : TURMA: _____ PERÍODO: _____

É SÓCIO DA AABB: _____

TEM IRMÃOS QUE DESEJA FREQUENTAR A ESCOLA DE FUTEBOL? _____

NOME DO PAI: _____

IDENTIDADE Nº: _____ CPF Nº: _____ PROFISSÃO: _____

EMPRESA: _____ TELEFONE DA EMPRESA:

CELULAR DO PAI: _____

NOME DA MÃE:

IDENTIDADE Nº: _____ CPF Nº: _____ PROFISSÃO:

EMPRESA: _____ TELEFONE DA EMPRESA:

CELULAR DA MÃE: _____

POSSUI PLANO DE SAÚDE: _____ QUAL PLANO DE SAÚDE:

NOME DO TITULAR:

Nº DO BENEFICIÁRIO: _____ POSSUI ALGUM TIPO DE
DOENÇA? _____ QUAL?

POSSUI ALGUM TIPO DE ALERGIA? _____ QUAL?

TOMA ALGUMA MEDICAÇÃO HABITUAL?
_____ QUAL _____

POSSUI ALGUMA RESTRIÇÃO ALIMENTAR? _____

JÁ ESTEVE HOSPITALIZADO? _____ POR QUÊ?

ONDE REALIZOU O EXAME MÉDICO PARA MATRICULA?

NOME DO MÉDICO:

FAMILIAR: INFORMAÇÃO MÉDICA:

Eu, _____, responsável pelo aluno(a) acima descrito, declaro que autorizo o meu _____ a associar-se e a praticar Futebol na Escola de Futebol do SÃO PAULO FUTEBOL CLUBE/PALMAS-TO e confirmo a inexistência de quaisquer contra-indicações para a prática de

atividades físicas, conforme exame médico que junta em anexo. Ainda informo que assumo inteira responsabilidade na vigilância e acompanhamento médico do meu _____, comprometendo-me a informar a Escola de Futebol do SÃO PAULO FUTEBOL CLUBE/PALMAS-TO no caso de se verificar algum impedimento que possa por em causa o estado de saúde do meu _____. Responsabilizo-me, também, a ressarcir ao Clube a mensalidade proposta, mensalmente.

PALMAS - TO, em ____ de _____ de _____

RESPONSÁVEL