



FICHA DE INSCRIÇÃO/ RENOVAÇÃO (Belinho FUT)

A preencher pelos Serviços

Nº de inscrição: _____
Data de apresentação da inscrição: ___/___/___
Frequenta o CSJB: Sim Não
Seguro de Acidentes Pessoais: Apólice _____

Fotografia

Dados do/a atleta

Nome: _____
Nome pelo qual é tratado: _____ Data de nascimento ___/___/___ Idade: ___
Nº B.I. ou C. Cidadão: _____ Nº Contribuinte: _____
Nº Identificação da Segurança Social: _____ Nº Cartão de Utente _____
Grupo Sanguíneo: _____
Morada: _____
Localidade: _____ Cod. Postal: _____ - _____
Escola que frequenta: _____ Ano: _____ Turma: _____
Tamanho do vestuário: Criança: _____ Adulto: _____
Aluno guarda-redes? Sim Não

Filiação:

Nome da Mãe: _____ Idade: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ - _____ Localidade _____
Contactos: Tel: _____ Tlm: _____ Email: _____
Contacto do trabalho: _____ Horário _____
Nº B.I. ou C. Cidadão: _____ Nº Contribuinte: _____

Nome da Pai: _____ Idade: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ - _____ Localidade _____
Contactos: Tel: _____ Tlm: _____ Email: _____
Contacto do trabalho: _____ Horário _____
Nº B.I. ou C. Cidadão: _____ Nº Contribuinte: _____

Identificação do/a responsável pela criança (quando não os pais)

| | |
|------------------------------|-------------------------|
| Nome: _____ | Idade: _____ |
| Morada: _____ | |
| Código Postal: _____ - _____ | Localidade: _____ |
| Contactos: Tel: _____ | Tlm: _____ Email: _____ |
| Contacto do trabalho: _____ | Horário: _____ |
| Nº B.I. ou C. Cidadão: _____ | Nº Contribuinte: _____ |

Outras informações:

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Já teve lesões? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, identifique _____ |
| Sofre alguma doença foro cardiorrespiratório/ coração? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Asma: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Bronquite: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Outras: _____ Quais: _____ |
| Diabetes: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Toma medicação regular: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Identifique: _____ |

Horário dos treinos:

| <u>Dias</u> | <u>Horário</u> |
|---------------|----------------|
| Segunda-feira | |
| Terça-feira | |
| Quarta-feira | |
| Quinta-feira | |
| Sexta-feira | |

Autorização :

Declaro na qualidade de encarregado de educação do aluno supra identificado, que autorizo a sua inscrição na escola belinhoFut e que tomei conhecimento das regras gerais de funcionamento, em particular do seu regulamento, das condições do seguro obrigatório pelo qual está abrangido e o prazo de liquidação das mensalidades. Declaro também que autorizo a saída do meu educando no final das atividades, de acordo com a opção de saída assinalada. Declaro que autorizo a utilização da imagem do meu educando no âmbito da promoção, comunicação e informação da escola BelinhoFut. Mais declaro que o meu educando possui robustez física para a prática desportiva.

Observações:

O Responsável pelo atleta

O CSJ Belinho