

**DADOS DO SOLICITANTE**

Nome completo: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sexo:  feminino  masculino  
CPF: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Telefone fixo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email(s): \_\_\_\_\_  
Telefone celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Possui Whatsapp nesse número?  sim  não  
Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Redes Sociais

 \_\_\_\_\_  @ \_\_\_\_\_

É pessoa com deficiência (PCD)?  sim  não  
Possui alguém na família que já é aluno ou atleta na FMAF?  sim  não  
Nome do parente: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

**EM CASO DE MENORIDADE DO SOLICITANTE**

Nome do representante legal: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sexo:  feminino  masculino  
CPF: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Telefone fixo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email(s): \_\_\_\_\_  
Telefone celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Possui Whatsapp nesse número?  sim  não

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Pelo presente documento, solicito ( ) minha inscrição ou a ( ) inscrição do meu representado/assistido, também acima qualificado, como filiado e sócio contribuinte da FEDERAÇÃO MINEIRA DE ARCO E FLECHA, aceitando, para tanto, todas as normas constantes no Estatuto e no Regulamento Interno dessa instituição e comprometendo-me como:

( ) **MENSALISTA**, a quitar a partir de agora, todas as mensalidades que se vencerem todo dia 10 de cada mês.

( ) **NÃO MENSALISTA**, a quitar a partir de agora, todas as taxas referentes à minha filiação/anuidade e participação em competicoes/eventos na FMAF enquanto permanecer-me filiado, para que tenha direito à fruição dos benefícios advindos de tal ato.

Considero também que a prática do Tiro com Arco exige imensa cautela no manuseio do equipamento, tanto nas provas quanto nos treinos, e que há a possibilidade de lesões corporais. COMPROMETO a usar o bom senso e respeitar as normas de segurança impostas pela FMAF, sujeitando-me à desfiliação em caso de transgressão a qualquer uma delas, sem prejuízo das demais sanções.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do solicitante ou do responsável legal

Nome legível: \_\_\_\_\_

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.