

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 nãoPossui 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 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 _____.