

FICHA INSCRIÇÃO

— ATLETA



DADOS DO ATLETA

Nome Completo:	<input type="text"/>		Ano:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		Género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Nacionalidade :	<input type="text"/>		Clube / Instituição:	<input type="text"/>
Naturalidade :	<input type="text"/>		NIF:	<input type="text"/>
Doc Identificação: CC <input type="checkbox"/> Passaport <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		DN: D D M M A A	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>		Válido até:	<input type="text"/>
Localidade:	Concelho:	Distrito:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Código Postal	Contatos :			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Habilitações Literárias:	E-Mail:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Maior Acompanhado: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
Nome Tutor:	<input type="text"/>			
Grau Parentesco : Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/a <input type="checkbox"/> Tio/ <input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			
Modalidade (s) :	<input type="text"/>			
Seguro Desportivo: S.O.P <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	Companhia: <input type="text"/>			
Data de validade: D D M M A A	Nº Apólice: <input type="text"/>			

Deseja receber a correspondência via email Sim Não

Declaro que autorizo a reprodução de fotografias, imagens ou voz nos meios de comunicação, website e redes sociais como forma de divulgação do Special Olympics de acordo com os seus princípios.

Sim Não

Assinatura Tutor*

Assinatura Atleta

*Assinatura obrigatória do tutor em caso de maior acompanhado e/ou idade do atleta inferior a 18 anos.

OBRIGADA PELA CONFIANÇA!

Associado nº :

Data Aprovação: