

FICHA INSCRIÇÃO

ASSOCIADO



DADOS DO SÓCIO

Nome Completo:

Nacionalidade :

Naturalidade :

Doc Identificação: CC Passaport Outro

Morada:

Localidade: Concelho: Distrito:

Código Postal -

Habilitações Literárias:

Profissão

Ano:

Género: Masculino Feminino

Estado Civil

NIF:

DN:
D D M M A A

Válido até :

Contatos :

E-Mail:

QUOTA

Valor Quota
Valor mínimo 12€/ano

Pagamento

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

O Candidato*

*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: