**FICHA DE FILIAÇÃO 2017**

|  |
| --- |
| O atleta abaixo identificado nos termos das leis e regulamentos, que declara conhecer, solicita seu registro como ATLETA AMADOR junto a APBMX – Associação Paulista de Bicicross. Foto 3x4 |
| Na(s) categoria(s): |
| Clube/Equipe: |
| Nome: |
| Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | Natural de:  | Nacionalidade: |
| R.G.:  | Data de Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | Órgão Expedidor : |
| CPF: | E-mail: |
| Filiação - Pai: | Mãe: |
| Residente à  | nº | Apto |
| Bairro: | Cidade:  | UF: |
| *CEP:* | Fone Res.:  | Celular: |
| Vem mui respeitosamente requerer sua inscrição pelo Clube e na(s) Categoria(s) acima declaradas, a fim de participar durante o ano de 2017, nas competições previstas no calendário oficial. Declarando também, respeitar disciplinadamente normas e regulamentos da modalidade esportiva, isentando ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE BICICROSS e seus dirigentes de toda e qualquer responsabilidade, na eventual ocorrência de acidentes durante treinamentos, preparações especializadas ou em competições oficiais, mesmo as ocorridas fora de São Paulo, representando ou não as entidades.  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2017.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do Atleta Carimbo e assinatura do Presidente do Clube |

**AUTORIZAÇÃO PARA MENOR**

|  |
| --- |
| Responsável:  |
| Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | Natural de:  | Nacionalidade: |
| R.G.:  | Data de Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | Órgão Expedidor: |
| CPF: | E-mail: |
| Na qualidade de responsável pelo menor acima identificado, autorizo-o a participar das competições previstas no calendário oficial organizadas pela ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE BICICROSS, durante a temporada de 2017, isentando os promotores de qualquer responsabilidade, nos termos acima descritos dos quais me torno parte integrante. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2017.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do Responsável |

**ATESTADO MÉDICO**

|  |
| --- |
| Atesto que o atleta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ foi por mim examinado, encontrando-se em perfeitas condições de saúde para prática de ciclismo e/ou bicicross de competições, tendo o tipo sanguíneo\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fator RH \_\_\_\_\_. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2017.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carimbo, assinatura e CRM do médico |