**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 |