



# FILIAÇÃO

## JUDÔ PARA TODOS



Data do Registro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº Registro: \_\_\_\_/\_\_\_\_

### DADOS DO FILIADO

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RG nº: \_\_\_\_\_ Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Agremiação: \_\_\_\_\_ Professor: \_\_\_\_\_

Faixa Atual: \_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Qual (is) Deficiência (s)? \_\_\_\_\_

Classifique o Grau ( )Leve ( )Moderada ( )Grave ( )Profunda

Possui Plano de Saúde. Qual? \_\_\_\_\_

Nome Responsável: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

### ENVIAR CÓPIA DO ÚLTIMO CERTIFICADO

|                                |                                |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| BRANCA<br>____/____/____       | CINZA<br>____/____/____        | AZUL<br>____/____/____         | AMARELA<br>____/____/____      |
| LARANJA<br>____/____/____      | VERDE<br>____/____/____        | ROXA<br>____/____/____         | MARROM<br>____/____/____       |
| PRETA 1º DAN<br>____/____/____ | PRETA 2º DAN<br>____/____/____ | PRETA 3º DAN<br>____/____/____ | PRETA 4º DAN<br>____/____/____ |

### REQUERIMENTO

Autorizo, como responsável/próprio, o atleta \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, a participar dos campeonatos (eventos) desta organização, estando o mesmo, apto à prática desportiva (física e mental). Comprometo-me a realizar avaliações médicas anuais a fim de investigar as condições de saúde e isento a organização de qualquer responsabilidade caso ocorra algum problema durante as competições e aceito o atendimento médico prestado pela mesma. Autorizo o uso de imagem em todo e qualquer veículo de divulgação.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Filiado ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Professor

**Documentos** – Ficha devidamente preenchida, 01 Foto recente; Cópia do RG ou Certidão de Nascimento (menores de 18 anos); Atestado Médico; Eletro (acima de 30 anos); Laudo Médico, Comprovante das Taxas Pagas e Cópia do RG do responsável se for menor.