



FILIAÇÃO JUDÔ PARA TODOS

ATENÇÃO! PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL

Número Reg. FJSERJ: _____ Data: ____/____/____



DADOS DO FILIADO

Nome: _____
Pai: _____
Mãe: _____
Data Nasc: ____/____/____ RG: _____ Órgão Emissor: _____ Data Emissão: ____/____/____
CPF: _____ Tipo Sanguíneo: _____ E-mail: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____
Estado Civil: _____ Celular Atleta: (____) _____ Celular Atleta: (____) _____
Faixa Atleta: _____ Agremiação Sigla: _____ Professor: _____
CPF da Mãe: _____ Reg. LNJ: _____ Profissão: _____ Plano Saúde: _____
Qual (is) Deficiência (s)? _____ CID: _____
Classifique o Grau: ()Leve ()Moderada ()Grave ()Profunda Se sociabiliza bem. Classifique de 1 a 5? _____

GRADUAÇÕES

FAIXA BRANCA <input type="text"/>	FAIXA CINZA <input type="text"/>	FAIXA AZUL <input type="text"/>	FAIXA AMARELA <input type="text"/>
FAIXA LARANJA <input type="text"/>	FAIXA VERDE <input type="text"/>	FAIXA ROXA <input type="text"/>	FAIXA MARROM <input type="text"/>
1º DAN <input type="text"/>	2º DAN <input type="text"/>	3º DAN <input type="text"/>	4º DAN <input type="text"/>
5º DAN <input type="text"/>	6º DAN <input type="text"/>	7º DAN <input type="text"/>	8º DAN <input type="text"/>
9º DAN <input type="text"/>	10º DAN <input type="text"/>	Observação: _____	

REQUERIMENTO

Eu _____ RG: _____
Órgão Emissor: _____ e Data Emissão: ____/____/____, ratifico as informações prestadas acima, autorizando a participação em campeonatos (competir) especial (JPT) e convencional (regular) desta organização e demais que fazem parte do nosso sistema organizacional, estando o mesmo, apto física e mentalmente. Comprometo-me a realizar avaliações médicas anuais a fim de investigar as condições de saúde e isento a organização e patrocinadores de qualquer responsabilidade caso ocorra algum problema durante a competição e aceito o atendimento médico prestado pela mesma. Autorizo o uso de imagem em todo e qualquer veículo de divulgação da entidade e seus patrocinadores.
Eu _____ responsável técnico pela agremiação declaro estar ciente de todas as informações acima e estou de acordo.

Assinatura do Atleta ou Responsável

Assinatura do Professor

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Foto recente colada, cópia do RG do menor ou Certidão de Nascimento, do RG do responsável, atestado médico e Laudo Médico com CID. Juntar e enviar por e-mail todos os documentos com o formulário de pagamento e comprovante de pagamento.