**TURMA MODAL 1**

**TURMA MODAL 2**

**Até 16 anos**

**Idade**

**FICHA DE INSCRIÇÃO - PROGRAMA ESCOLA DE ESPORTE**

Preenchimento da Secretaria

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **X** | **Documento** | **Data** | |
|  | Foto 3x4 |  | |
|  | Declaração de Escolaridade |  | |
|  | Cópia do RG |  | |
| **3ª IDADE**  **DEFICIENTE**  **CLUBE SETUL**  **COMUNIDADE**  **REDE PÚBLICA** | Atestado Médico |  | |
| **X** | **Situação** | **Data - Modal 1** | **Data - Modal 2** |
|  | Comprovante de R$ 80,00 |  |  |
|  | Comprovante de R$ 60,00 |  |  |
|  | Isento |  |  |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **X** | **Modalidade** | **3/5** | **4/6** | **3/6** | **Horário** | **X** | **Modalidade** | **3/5** | **4/6** | **3/6** | **Horário** |
|  | **NATAÇÃO** |  |  |  |  |  | **ALONGAMENTO** |  |  |  |  |
|  | **NADO ARTÍSTICO** |  |  |  |  |  | **GINÁSTICA ACROBÁTICA** |  |  |  |  |
|  | **DEEP WATER** |  |  |  |  |  | **JUDÔ** |  |  |  |  |
|  | **SALTOS ORNAMENTAIS** |  |  |  |  |  | **KARATÊ** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **MUSCULAÇÃO** |  |  |  |  |

**1 - Dados do Aluno**

Preenchimento pelo Aluno ou REsponsável

**ENTREGA DA CARTEIRINHA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Sexo** | |  | **FEM** | | |  | **MASC** | | |
| **Data de Nascimento** | | | | | **/ /** | | | | | | | | | **CPF** | |  |  |  | **.** |  |  |  | **.** |  |  |  | **-** |  |  |
| **Tipo Sanguíneo** | | | |  | | **Alergias** | | |  | | | | | | **Medicamentos** | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Endereço** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bairro** |  | | | | | | | | | | | | | | **Cidade/UF** | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Telefones** | | **Fixo** | |  | | | | | | | | | | | **Celular** | | |  | | | | | | | | | | | |
| **E-mail** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2 - Dados do Responsável (se for o caso) ou Contato para Emergência**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Sexo** | |  | **FEM** | | |  | **MASC** | | |
| **Telefones** | | **Fixo** | |  | | | | | | | | | | | **Celular** | | |  | | | | | | | | | | | |
| **E-mail** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**5 - Recebimento pela Secretaria (Servidor)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome** | **Data** | **Horário** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| X | **AUTORIZAÇÃO PARA EQUIPE** | **Professor:** | **Data:** |

**AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA**

De acordo com a Lei 5.555, de 6 de novembro de 2015, que altera a Lei nº 2.185, de 30 de dezembro de 1998, que dispõe sobre o registro e o funcionamento de academias e de estabelecimentos que atuam na área do ensino e prática de modalidades esportivas no Distrito Federal, e dá outras providências:

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SSP/\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SSP/\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para a prática de atividade física na modalidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, isentando de responsabilidade a Secretaria de Estado do Esporte, Turismo e Lazer do Distrito Federal, por ocultação de qualquer informação de saúde que possa impedi-lo(a) de praticar atividade física.

Pessoalmente ou por intermédio dos meus representantes, assumo total responsabilidade por qualquer dano decorrente da minha participação na modalidade escolhida, isentando a Secretaria de Estado do Esporte, Turismo e Lazer de eventuais perdas e danos que possam advir, declarando, ainda, estar em boa forma física, atestada por meio médico, tendo condições suficientes para a prática da atividade.

|  |
| --- |
| **Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.** |
| **Assinatura do Responsável** |