

Foto 3x4
(Recente)



COPA SÃO PAULO DE CICLISMO



FICHA DE INSCRIÇÃO Nº _____ CATEGORIA: _____

O (a) atleta: _____ - identificado(a) e assinado(a) nos termos da lei e regulamentos que regem o Desporto Nacional, e em especial as regras da **FEDERAÇÃO PAULISTA DE CICLISMO** que declara conhecer, solicita sua inscrição pelo clube / equipe: _____

da cidade de: _____ Estado: _____ prestando, sob sua inteira responsabilidade, as informações abaixo:

Data de nascimento: ___ / ___ / _____ RG nº: _____ CPF/MF nº: _____

É federado(a)? – **SIM** **NÃO** Se federado(a), nº da licença: _____

Endereço residencial: _____

Bairro: _____ CEP: _____ - Cidade: _____ Estado: _____

Telefones: _____

E-mails (ITEM OBRIGATÓRIO!): _____

Vem mui respeitosamente requerer inscrição na categoria e clube / equipe acima descritos, declarando, para os devidos fins e efeitos, que encontro-me em perfeitas condições de saúde e fisicamente preparado(a) para participar das competições esportivas da **COPA SÃO PAULO DE CICLISMO**. Comprometo-me, por este instrumento, respeitar disciplinarmente normas e regulamentos da modalidade esportiva dos quais tomo ciência neste ato de inscrição, isentando, nos termos aqui descritos, os organizadores da **COPA SÃO PAULO DE CICLISMO**, seus patrocinadores, promotores, a **FEDERAÇÃO PAULISTA DE CICLISMO** ou quaisquer outros envolvidos, de toda e qualquer responsabilidade cível ou criminal que possam originar de quaisquer espécies de acidentes, ou mal estar físico durante as competições deste campeonato. Autorizo, por meio desta, a divulgação de minha imagem através de fotografias, filmes, vídeos ou qualquer outro similar em termos de registros para finalidades legítimas; entendendo também que todos os materiais e equipamentos necessários para o meu desempenho neste campeonato são de minha inteira responsabilidade.

Local e data: _____, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do(a) Atleta
(ou do(a) Responsável, se menor de idade)

AUTORIZAÇÃO DO PAI, MÃE OU RESPONSÁVEL, CASO O (A) ATLETA SEJA MENOR DE IDADE.

Eu, _____ Portador(a) da cédula de identidade RG nº _____

Residente à: _____

Bairro: _____ CEP: _____ - Cidade: _____ Estado de: _____

Telefones: _____

E-mail(s): _____

PAI **MÃE** **RESPONSÁVEL**, pelo(a) menor de idade acima identificado(a), autorizo-o(a) a participar das competições da **COPA SÃO PAULO DE CICLISMO**, isentando desde já, por este instrumento, seus organizadores, patrocinadores, promotores, a **FEDERAÇÃO PAULISTA DE CICLISMO** ou quaisquer outros envolvidos, de toda e qualquer responsabilidade cível ou criminal que possam originar de quaisquer espécies de acidentes durante as competições deste campeonato, nos termos acima descritos, dos quais me torno parte integrante

Local e data: _____, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do(a) Representante Legal do(a) Menor
(ANEXAR A CÓPIA DO RG)

ATESTADO MÉDICO:

Para os devidos fins, atesto que o(a) atleta: _____ foi por mim examinado(a), encontrando-se em perfeitas condições de saúde para a prática de ciclismo de competições, tendo o seguinte tipo sanguíneo: _____ fator RH _____

_____, _____ de _____ de 20_____

Carimbo, assinatura e CRM do(a) médico(a).